



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**Factores maternos desencadenantes de amenaza de
parto pretérmino asociado al bienestar del neonato
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2019**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

AUTOR

Maricielo Pamela RAMOS HUAMANI

ASESOR

Dra. Milena LÓPEZ SÁNCHEZ

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

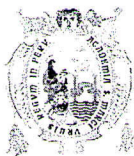
Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ramos M. Factores maternos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2019 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2019.

Hoja de metadatos complementarios

- **Código ORCID del autor:** --
- **Código ORCID del asesor:** 0000-002-5866-0453
- **DNI o pasaporte del autor:** 72326396
- **Grupo de investigación:** SANARE
- **Institución que financia la investigación:** --
- **Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación:**
Av. Guardia Chalaca 2176, Bellavista. Coordenadas 12°3'47"S 77°7'28"W
- **Año o rango de años que la investigación abarcó:** 2019



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina



Escuela Profesional de Obstetricia
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA**

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: RAMOS HUAMANI MARICIELO PAMELA

**CUYO TÍTULO ES: "FACTORES MATERNOS DESENCADENANTES DE
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO AL BIENESTAR DEL
NEONATO HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO.**

2019". Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el
Tesisista, acordó el siguiente calificativo:

..... BUENO

..... DIECISEIS

..... 16

MG. GIOVANNA GLADYS PANTE SALAS
C.O.P. 4426
PRESIDENTE

LIC. ÉDITA R. CUYA CANDELA
C.O.P. 1266
MIEMBRO

LIC. ISABEL ALFONZO FLORES
C.O.P. 0283
MIEMBRO

DRA. MILENA LOPEZ SANCHEZ
C.O.P. 1052
ASESOR (A)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
MG. CLARA DIAZ TINOCO
DIRECTORA
E.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 07 de noviembre del 2019

DEDICATORIA

A mi madre, abuelos y a mi hijo que es mi motor para cumplir mis sueños. A las personas que han contribuido con un granito de arena para poder culminar este proyecto desde obstetras, supervisoras, jefas y amigas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mi escuela por brindarme los conocimientos necesarios para realizar esta investigación y a la Dra. Milena López Sánchez por su paciencia, dedicación y enseñanza en todo el proceso del presente proyecto.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCION.....	9
II. MARCO TEÓRICO.	14
III. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	30
3.2 POBLACION Y MUESTRA:	30
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN:.....	30
3.4 VARIABLES:.....	31
3.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS	32
3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	33
3.7 CONSIDERACIONES ETICAS	33
IV. RESULTADOS	34
V. DISCUSIÓN.....	61
VI. CONCLUSIONES	64
VII. RECOMENDACIONES.....	66
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	67
IV. ANEXOS.....	72

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la amenaza de parto pretérmino es un problema de salud pública, patología con una elevada morbilidad materna y neonatal responsable de muertes en recién nacidos prematuros

OBJETIVO: Establecer los factores maternos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2019

METODOLOGIA: observacional, de diseño descriptivo, retrospectivo, correlacional de corte transversal; el universo fue 87 gestantes entre 22-36.6 semanas que ingresaron al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el 2018. Los datos se tabularon y analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 25. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, la relación estadística se midió con Chi cuadrado y OR IC 95%.

RESULTADOS: la edad predominante fue 20 a 34 años (66.7%) son solteras el (73 %) y son amas de casa (80%). el 35% inicio el embarazo con sobrepeso. El 61% de los partos ocurrieron en 34 y 36.6 semanas. El 40% primigesta. El 25% presento más de 3 abortos. En relación al neonato el 40.2% con bajo peso al nacer. 5.7%fallecieron. El 54% fue masculino. Hubo asociación entre bajo peso al nacer y hábitos nocivos ($p= 0,012$), control prenatal inadecuado ($p=0.015$), diabetes ($p=0.031$), puntaje Apgar a los 5 minutos: anómala ($p= 0,049$), dificultad respiratoria: diabetes ($p= 0,033$) y anemia ($p=0.044$), anomalías congénitas: anómala ($p= 0,040$)

CONCLUSION: Los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: edad mayor de 35 años, hábitos nocivos, control prenatal inadecuado, diabetes, anemia, bajo peso al nacer que guardan relación con la dificultad respiratoria, anomalías congénitas, trauma obstétrico y la puntuación apgar.

PALABRAS CLAVES: amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino neonato, factor de riesgo, bienestar neonatal

ABSTRACT

INTRODUCCION: Preterm birth is a public health problem since it is pathology with a high maternal and neonatal morbidity and mortality causing the biggest neonatal deaths in preterm infants

OBJECTIVE: Establish the maternal factors causing of the threat of labour premature associated with the wellness of the newborn Daniel Alcides Carrión Hospital. Callao. 2019

METHODS: Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional correlational design; the universe was 87 pregnant between 22-36.6 weeks who admitted the Daniel Alcides Carrión Hospital in 2018. The data were tabulated and analyzed with SPSS app version 25. For the analysis, were used descriptive statistics, the statistical relationship was measured with Chi square and OR 95% CI.

RESULTS: The predominant age group was 20 to 34 years old (66.7%), 73% was singles and 80% are housewives. 35% started overweight pregnancy. 61% of labour occurred in 34 and 36.6 weeks. 40% was their first pregnant. 25% had more than 3 abortions. In relationship with newborn: the 40.2% had low birth weight, 5.7% died and 54% were male. There was an association between low birth weight and harmful habits ($p = 0.012$), insuitable pregnant control ($p = 0.015$), diabetes ($p = 0.031$), Apgar score at 5 minutes: elderly ($p = 0.049$), respiratory distress: diabetes ($p = 0.033$) and anemia ($p = 0.044$), congenital anomalies: aged ($p = 0.040$)

CONCLUSIONS: The risk factors statistically significant were: older than 35 years old, harmful habits, unsuitable pregnant control, diabetes, anemia, low birth weight that are related to respiratory distress, congenital anomalies, obstetric trauma and apgar score.

KEYWORDS: preterm birth threat, preterm birth, neonate, risk factor, neonatal wellness.

I. INTRODUCCION

Un neonato es considerado prematuro por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando nace antes de cumplir 37 semanas de embarazo o menos de 259 días. ^(1,2) Están divididos en prematuros extremos (22-27 semanas), muy prematuros (28-31semanas), prematuros moderados (32-36.6 semanas). ⁽¹⁾ En los últimos años ha aumentado el nacimiento de recién nacidos pretérminos, asociado al alto riesgo obstétrico, a las comorbilidades de la gestante, por iatrogenia (cesárea). ⁽¹⁾

La tasa de defunción neonatal en pretérminos se presentó entre 5% y 18%, en 184 países a nivel mundial. ⁽³⁾ Anualmente va en aumento llegando a 15 millones de recién nacidos. ⁽³⁾ la prematuridad es un antecedente que influye en la salud a lo largo del desarrollo de las etapas de la vida. ⁽²⁾.

El 50% de los recién nacidos pretérminos corresponden al continente africano y asiático. Dentro de los territorios con mayor incidencia de neonatos pretérmino están: India: 3 519 100, China: 1 172 300, Nigeria: 773 600, Pakistán: 748 100, Indonesia: 675 700, Estados Unidos de América: 517 400, República Democrática del Congo: 341 400 y Brasil: 279 300. ⁽¹⁾ La prematuridad ocurre 88% entre las semanas 32 y 37, un 11% en las 28 y 32 semanas y 1% antes de las 28 semanas ⁽⁴⁾. En Instituto Nacional Materno Perinatal (INMPN) la prevalencia para el 2013, fue 10%. En el año 2013 en el INMP nacieron 17 089 neonatos, 162 fallecieron. La Tasa de Mortalidad Neonatal a 9.48 por 1000 nacidos vivos. La segunda causa de mortalidad fue la prematuridad. ⁽⁴⁾. La incidencia de la prematuridad en el mundo representa alrededor del 12% y en Perú entre el 10-14% ⁽⁵⁾ Los nacimientos prematuros representa el 70% de fallecimientos de neonatos y 50% de las comorbilidades de la prematuridad.

Para el 2015 El Ministerio de Salud (MINSA) informo sobre la incidencia del parto pretérmino: el 1% de 27 a 31 semanas, 6% de 22-36 semanas y el resto 93% mayor a 37 semanas. Las regiones con mayor incidencia de parto pretérmino en Perú fue Piura ⁽⁶⁾. Durante 2015 se produjeron 27 000 nacimientos en el Perú, 4.2% fueron neonatos inmaduros (22-27 semanas), el 9% muy prematuro (28-31 semanas) y 86.8% son prematuros tardíos (32-36 semanas). ⁽⁶⁾

En los países pobres se producen alrededor del 12% de nacimientos pretérminos en comparación de los países con nivel socioeconómico alto que es de 9%. ⁽¹⁾ Con medidas preventivas, atención de calidad y apoyo del gobierno se podrían salvar el 50% de neonatos prematuros, como una atención perinatal eficaz y con calidad. ⁽¹⁾ La amenaza de parto pretérmino (APP) trae consigo comorbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal, esta patología se puede prevenir. En callao según MINSA la mortalidad neonatal en el año 2016 fue de 100 neonatos y en el 2017 hasta la primera mitad del año fueron 9 fallecimientos. ⁽⁷⁾ En el INMPN durante el 2016 fallecieron 246 neonatos, de estos 194 lo hicieron en la primera semana de vida y en el año 2017 fallecieron 245 neonatos de los cuales 178 fallecieron antes de los 7 días. Los neonatos que nacen con una prematuridad extrema, fallecen dentro de las primeras 24 horas. ⁽⁸⁾

La causa básica de fallecimientos neonatales en el INMPN en el años 2016 fueron: malformaciones congénitas 47.6%, Infecciones 23.2%, asfixia perinatal 12.6%, prematuridad extrema 10.2% y síndrome de distres respiratorio 6.5%. ⁽⁸⁾ En el año 2017 la causa principal de muerte neonatal en el INMPN fue: malformaciones congénitas 52.7%, Infecciones 29.8%, asfixia perinatal 4.1, prematuridad extrema 7.3% síndrome de distres respiratorio 6.1%. ⁽⁸⁾

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016 en el Perú nacieron 21 175 prematuros; en lima nacieron 3 164 y en callao 822 ⁽⁹⁾ ENDES 2017 nacieron 10 647 prematuros, en zonas rurales nacieron 7 676 y en la zona urbana 2 971 nacimientos. En lima metropolitana nacieron 1 183 nacimientos, en costa 3 327, sierra 3 317 y selva 2 820; el grado sin nivel y nivel primaria completa presento 2 369 nacimientos, el grado de instrucción nivel secundario completo presento 5 006 nacimientos, el nivel superior 272 nacimientos. ⁽⁹⁾ Estas muertes neonatales se podrían con modernos equipos, personal capacitado y entrenado (Neonatólogo, Ginecoobstetra, etc.); así podría prevenir partos pretérminos e ingresos a unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) se va a estudiar a las gestantes entre 22 y 36.6 semanas de gestación con el diagnostico de amenaza de parto pretérmino, que estuvieron hospitalizadas en la unidad de embarazo patológico, con el fin de conocer los factores maternos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del neonato por ser una patología frecuente en este hospital, además de ser un problema de salud pública y traer consecuencias para el recién nacido, la madre, la familia y la comunidad, los resultados ayudaran a conocer estos factores de riesgo, prevenir y establecer el manejo adecuado a gestantes que presenten sintomatología de APP.

Por tal motivo nos preguntamos lo siguiente:

¿Cuáles son los factores maternos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del Neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2019?

Objetivo General:

Establecer los factores maternos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del Neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2019

Objetivos Específicos:

1. Determinar los factores personales desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2019
2. Diagnosticar los factores Gineco-obstétricos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2019
3. especificar los factores patológicos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2019
4. Describir las características neonatales asociadas al bienestar del neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2019
5. identificar las características maternas asociadas al bienestar del neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2019

Hipótesis de investigación:

Los factores maternos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino están asociados al bienestar del neonato Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2019

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

La Amenaza de Parto Pretérmino es una importante causa de morbilidad materna y neonatal; la identificación oportuna de los factores de riesgo debería de rápida.

En el servicio ginecología, unidad de embarazo patológico (UEPA) del HNDAC se ha observado una gran demanda de pacientes con signos y síntomas relacionados con APP, que llegan referidas de otros centros de salud. Los resultados del presente trabajo de investigación será de gran ayuda para conocer los factores de riesgo y así poder detectar tempranamente a la población expuesta, de esta manera tratar de disminuir los casos de amenaza de parto pretérmino, en una nueva población de mujeres gestantes en el Callao.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

- Fallas en el registro del libro de gestantes
- Falla en el registro de fichas perinatales

II. MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Calero luz y Hernández Glen (2014). Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en mujeres atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas en Julio a Diciembre 2014. Managua-Nicaragua. Realizó un estudio analítico, observacional, transversal, retrospectivo de casos y controles. Estudio a 120 mujeres, 82 casos y 82 controles. El resultado: edad 20- 34 años casos 62% y 54%, controles. Área rural casos 60.9% y controles 63%, zona urbana casos 39% y controles 36.5%. Infecciones vaginales casos 46.3% y controles 19.5% Anemia 13.4% casos y 7.3% controles. Se concluye: factores sociodemográficos con mayor porcentaje son: soltera y ama de casa; Ginecobstétrico control prenatal inadecuado (<4), antecedente de APP y RPM en el embarazo actual. Factores preconcepcionales alteración del índice de masa corporal (IMC), infecciones vaginales, vías urinarias y la anemia. (10).

Couto Dayana y Nápoles Méndez (2014). Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. Estudio descriptivo y transversal de los nacimientos pretérmino 2013 Hospital "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, los resultados fueron: prematuridad leve 67,2 %; prematuridad extrema 3,0 %. Respecto la edad gestacional promedio 33,5 semanas. La enfermedad hipertensiva 16,1 %, el síndrome de respuesta inflamatoria 12,6 % y embarazo múltiple 8,3 %, el 8 % peso bajo al nacer y 32,3 % peso adecuado. Extremadamente bajo peso 2,6 % y 15,3 % muy bajo peso al nacer. La muerte en prematuros moderados 63,6 %, Se concluye, el principal problema de los recién nacidos es la prematuridad que trae consigo la defunción. (11).

Doris y cols. (2012). Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira. Realizaron un estudio analítico retrospectivo de casos y controles el resultado: se encontró significancia estadística, edad <18 años OR 4,71 (IC95% 1.40 -16.2), periodo intergenésico < o igual 2 años OR 5,8 (IC95% 1,03-35,07); 4 o < atenciones prenatales OR 4,05 (IC95% 1,22-13.91), ITU OR 4,77 (IC95% 1,25-18.99), y anemia OR 17,5 (IC95% 3,08-129,90) se concluye los factores fetales el sexo masculino, anomalías congénitas son predominantes y los factores maternos ser adolescente, cursar primer embarazo , periodo intergenesico corto y ITU, anemia, atención prenatal deficiente son factores de riesgo (12)

Cruz Zerna y cols. (2018). Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Hospital Enrique C. Sotomayor. Realizaron estudio descriptivo y retrospectivo la muestra estuvo conformada por mujeres que atravesaron parto pretérmino, con recién nacidos vivos o fallecidos entre las 22 a 34 semanas de gestación, con un enlace al área de UCIN. El resultado fue: de 32 a 37 semanas de gestación, representa el 25% del total de partos, edad menores de 19 años (29%) y mayores de 35 años de edad (18%), las multíparas 76% respecto al parto prematuro, a término, 59% multíparas. 48% no tuvieron asistencia en la atención prenatal, infección de vías urinarias 29%, vaginosis bacteriana en 23%, Los recién nacidos pretérminos que presentaron complicaciones, tuvieron como causa principal el Síndrome de Distres Respiratorio 69%, otras de 20% y un grupo de RN pretérmino sin complicaciones 11%. RN pretérmino presentó un peso mayor de 2000 gr. 42%, RN pretérminos con peso de 1000 gr. 36%. Se concluye, parto pretérmino se presentó en edades < 19 años y >35 años, con nivel primario, causas del parto prematuro fueron infecciones de vías urinarias, vaginosis y traumatismos, respecto al recién nacido presento

Síndrome de Distres Respiratorio, malformaciones congénitas. los recién nacidos en su mayoría alcanzaron un peso más de 2000gr. ⁽¹³⁾

Regla Padrón y cols. (2016). Factores relacionados con el bajo peso al nacer en el municipio La Lisa, en el período 2010-2014. Realizaron estudio de casos y controles. La Lisa 2010-2014, en Hospital Docente "Eusebio Hernández". Total 364 neonatos de bajo peso, la muestra 257 recién nacidos bajo peso y 261 >2 500 gr. Se analizaron los datos y se determinó el Riesgo Relativo. Se encontró como resultado: se presentó de 2-3 abortos previos al embarazo, patologías como anemia, trastorno hipertensivo, ITU. Se concluye: los recién nacidos bajo peso muestra una relación estadísticamente significativa con la anemia e infección. ⁽¹⁴⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

Torres Derly (2017). Factores de riesgo asociados a score de apgar bajo en el servicio de neonatología del hospital de ventanilla. Realizo un estudio analítica, retrospectiva de casos y controles 160 RN del Hospital de Ventanilla julio-diciembre 2016. 80 RN con Apgar <7 y 80 RN con Apgar ≥7. Resultado: factor de riesgo adolescente (OR=3.6 p<0.003), ITU (OR=4.0 p<0.000), enfermedad hipertensiva (OR=4.5 p=0.015), prematuro (OR=4.0 p<0.012), peso bajo al nacer (OR=5.5 p<0.016), atención prenatal inadecuada (OR= 4.5 p=0.00). Se concluye el factor de riesgo para presentar apgar bajo es adolescente, presentar ITU, enfermedad hipertensiva y tener deficiente atención prenatal. ⁽¹⁵⁾.

Hinostroza Katherine (2015). Factores clínicos asociados a la amenaza de Parto Pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte. Estudio retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal. Se analizaron 100 HC, un grupo 50 gestantes con APP y el otro 50 gestantes. Se obtuvo los siguientes resultados. La edad 12 – 18 años 32%, 19 – 35 años 56% y > 35 años 12%; Según el estado civil: Soltera 24%,

Casada 2% y Conviviente 74%; Por el grado de instrucción: Primaria 12%, Secundaria 80% y Superior 8%; con ITU 29%, preeclampsia 8%, embarazo gemelar 3%, RPM 8% y hemorragia del segundo trimestre 16%. La edad gestacional que se presentan con mayor frecuencia es 30 a 33.6 semanas de gestación. Se concluye los factores de riesgo edad materna entre 19 y 35 años, ser conviviente, haber estudiado secundaria completa, ITU. (16).

Jessica Meza Martínez (2007). Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Realizo un estudio descriptivo correlacional, retrospectivo. Fueron 285 casos de parto pretérmino y sus respectivos neonatos. Los resultados fueron multiparidad, RPM y edad gestacional 24-30 semanas, tiene relación estadísticamente significativa con morbilidad neonatal. La EG de 24-30 tiene relación estadísticamente significativa con depresión neonatal. Los factores obesidad, multiparidad, entre las 24-30 semanas se relacionan estadísticamente con asfixia neonatal. Otros factores atención prenatal inadecuados entre las 24-30 semanas se relacionan estadísticamente con mortalidad neonatal. En conclusión cursar entre las 24-30 semanas de embarazo existe mayor probabilidad de presentar morbilidad y mortalidad neonatal. (17)

Espinoza Mariella y Peña Jimmy (2016). Factores relacionados con la amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo (Sagaro) II-1 Tumbes 2016. Realizaron estudio descriptivo, retrospectivo, correlacional, no experimental. La muestra 60 HC de gestantes con APP. Los resultados fueron: el 87% tienen <3 partos, urbana 77%, convivientes 70%, 68% con ITU, el IMC 67%, con secundaria completa 65%, el 42% 19-25 años, 33% presentaron: RPM y polihidramnios; abortos previos 88%, y 2% RCIU, el DPP 2%. Se concluyó los factores maternos tuvieron relación estadísticamente significativa con APP a diferencia de los fetales y placentarios no existe relación. (18).

Escobar Lupaca Dania y Mamani Montesinos Yakeline. (2015). Factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Puno. 2015. estudio de tipo descriptivo, correlacional, transversal, prospectivo, diseño no experimental. El tamaño de muestra fue de 122 pacientes. Los resultados fueron: la edad 18-34 años 59%, >35 años 31% y <15 años 9%; estado civil son convivientes 78%, casadas 13% y solteras 9%; Grado de instrucción técnico 34%, secundaria 31%, universitario 22% y primaria 13%; el 94% no presento violencia física, el 97% no consumió alcohol, tabaco ni droga; las patologías: 42%, anemia, 34% ITU, 17% vaginosis bacteriana y 7% RPM; las nulíparas con 38%, primípara 34%, multípara 25% y gran multípara 3%; no hubo antecedente de aborto en 59%, si hubo abortos 31 %; Periodo intergenesico corto 44%. Se concluye existe más riesgo en gestantes: entre 18 y 34 años, ser conviviente, tener carrera técnica; las patologías: la anemia, la ITU y el ser nulípara; la violencia física y el consumo de sustancias psicoactivas no guarda relación con la amenaza de parto pretérmino. ⁽¹⁹⁾

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la OMS definen el parto prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 36 semanas 6 días, es decir, entre 154 y 258 días desde el primer día de la última menstruación ⁽²⁰⁾. La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de contracciones regulares con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2 cm y borramiento \geq 80%. ⁽²¹⁾.

La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. ⁽²²⁾. Con una longitud cervical < de 20 mm medida por ecografía transvaginal. Score de BISHOP > de 8 o hasta

dilatación cervical < de 4 cm. En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20-30%). (23) (24).

Según la guía del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, amenaza de parto pretérmino es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento o si este fracasa, podría conducir a un parto pretérmino. El trabajo de parto pretérmino establecido es cuando la gestante mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas que presenta distocia cervical de 4 cm asociado a contracciones uterinas regulares. (24)

Según la guía del INMPN, Amenaza de parto pretérmino es la presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm. (25).

El parto pretérmino se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas (>4 en 20 minutos o >8 en una hora) y cambios cervicales (<20mm o fibronectina fetal positiva asociado a longitud cervical entre 29 a 20 mm) documentados con membranas amnióticas integra entre las 20.1 a las 36 semanas con 6 días. (26)

La obstetricia tiene actualmente el inconveniente del parto pretérmino que corresponde a 70% a nivel mundial de las muertes neonatales, dejando secuelas a largo plazo, tanto inmediata, representada por problemas neurológicos que trae consecuencias para el neonato, la familia. Además de problemas económicos tanto para las familias como para el estado. (26) La prevención del nacimiento prematuro debe ser de manera activa y rápida. (2)

INCIDENCIA

Según la OMS en los países estudiados a nivel mundial 185, tasa de RN pretérminos se presenta en 5% y 18% de los recién nacidos. ⁽¹⁾

Estudios de 92 países a nivel mundial estimó la prevalencia en 9.6% para el año 2005. En el año 2010 los estudios que se realizaron en 99 países a nivel global estimó la prevalencia de 11.1%. Ese mismo año las tasas de prematuridad fue de 5 % para Europa, 18% en África. Se concluyó que los países pobres presentan mayor tasa de prematuridad global y el 60% de estos ocurren en África subsahariana y Asia. El 16% de muertes de niños <5 años corresponde a complicaciones perinatales y 35% de la mortalidad de los prematuros. ⁽³⁾ La incidencia de la prematuridad en el mundo representa alrededor del 12% y en el Perú entre el 10-14% ⁽⁵⁾ La frecuencia de parto pretérmino en: USA: 11 %, Europa: 5-7 %, Latinoamérica: 7%, Perú: 5% y INMP: 7% ⁽²⁵⁾

Las complicaciones de una amenaza de parto pretérmino no controlada que se desencadena en un parto pretérmino son la causa más importante de muerte neonatal y el porcentaje por cada 100 nacidos vivos es: A nivel nacional 5 – 18%, Estados Unidos 12 – 13%, Europa y otros países desarrollados 8–9%, Latinoamérica y el Caribe 8–6%, Perú 7% y Lima 9%. ⁽²²⁾

El porcentaje de nacimientos prematuros se elevó 36%. A pesar de ello, desde 2006 se ha observado una reversión de tal tendencia y el porcentaje de nacimientos prematuros descendió a 11.7% en 2011, tal disminución en el porcentaje de nacimientos prematuros se produjo en los períodos tempranos < 34 semanas y tardío. ⁽²³⁾.

ETIOLOGÍA

Sobredistensión uterina

La sobredistensión uterina actúa para liberar la expresión de proteínas relacionadas con la contracción (CAP, contraction associated proteins) en el miometrio. Las proteínas CAP influyen en el estiramiento y se relacionan con las proteínas de la unión comunicante como la conexión 43, receptores de oxitocina y prostaglandina sintasa.

La sobredistensión está relacionada con la proliferación de los péptidos liberadores de gastrinas (GRP, gastrin releasing peptides), de tal manera producen la contracción miometrial a diferencia de los GRP que relajan en miometrio. ⁽²³⁾. Las hormonas endocrinas de placentaria/fetal se activa de manera prematura por la sobredistensión uterina esto intensifica la expresión de genes CAP del miometrio como consecuencia el cuello uterino madura y desencadena un trabajo de parto prematuro. ⁽²³⁾.

Estrés materno fetal.

Alteración a nivel fisiológico o psicológico y su vínculo con el eje endocrino placentario/suprarrenal, que puede desencadenar el parto prematuro inducido por estrés. En el tercer trimestre aumenta la concentración de la hormona liberadora de corticotropina (CRH, corticotropin releasing hormone) en la gestante y junto con la hormona adenocorticotropica (ACTH, adenocorticotropic hormone) estimulan la biosíntesis del cortisol fetal de esta manera la placenta secreta más CRH. ⁽²³⁾. Se postula que la activación miometrial es consecuencia del incremento temprano de las concentraciones de cortisol y estrógeno ya que en el parto prematuro existe un aumento de CRH. Al aumentar el estrógeno materno de manera temprana puede desencadenar contracciones uterinas y activar la maduración del cérvix ⁽²³⁾.

Infección

Las bacterias que viven en el canal vaginal son complejas. Solo en 10%-40% de gestantes con parto pretérmino se encontraron bacterias en el cultivo de líquido amniótico. Mientras más temprano sea el inicio del parto prematuro mayor será el riesgo de encontrar infección. (23).

Respuesta inflamatoria intrauterina.

La existencia de receptores específicos (fagocitos mononucleares, células deciduales, epitelio del cuello uterino y trofoblasto) y se encuentran en la placenta sobre células trofoblástica, en los epitelios del cuello uterino y en leucocitos y ayudan a reconocer la respuesta inflamatoria causada por las bacterias. (23). Los receptores específicos liberan quimiocinas, citocinas y prostaglandinas como respuesta a la inflamación. El bloque de la COX 2 retrasa el trabajo de parto producido por la inflamación. (23).

DIAGNOSTICO

Consideraciones generales: (21)

- Calcular la edad gestacional. mediante la ecografía del 1º trimestre o FUM.
- Investigar sobre antecedentes personales y obstétricos
- Percibir dinámica uterina
- Exploración obstétrica
 - escuchar latidos fetales activos
 - tomar la altura uterina
 - Especuloscopia: observar el cuello uterino y valorar cambios
 - tacto vaginal: calcular el Índice de Bishop
- Pruebas adicionales
 - test no estresante: evaluar dinámica uterina y evaluar el bienestar fetal.
 - Ecografía transvaginal: medir la longitud del cérvix

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad materna

La edad materna entre 20 y 34 años representa mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino. ⁽¹⁰⁾. Otro estudio encontró que la edad entre 16 y 20 años está relacionada con esta patología en un 43%, a diferencia de las edades entre 32 y 36 años que representan la menor incidencia con un 5%.⁽²⁷⁾.

El estado civil

Se encontró que el estado civil de conviviente representa un 95% de este estudio realizado en Nicaragua y las solteras son 4.8% con esta patología. ⁽¹⁰⁾. En otro estudio se encontró el 50% representaba a las solteras siendo la mayoría, un 20% a las casadas, un 15% a las convivientes y un 8% a las divorciadas. ⁽²⁷⁾.

Grado de instrucción

En un estudio se encontró que el nivel educativo de la mayoría de gestantes con esta patología fue el nivel secundaria completa con un 78.4%. ⁽¹⁶⁾. En otro estudio realizado en tumbes se encontró la mayor proporción de gestantes con secundaria completa en un 65%. ⁽¹⁸⁾.

Ocupación

En un estudio realizado en Nicaragua se encontró que las amas de casa representan un 87% de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, a diferencia de estudiantes con un 12%. ⁽¹⁰⁾.

Los hábitos nocivos

Consumir más de 10 cigarrillos por día es factor de riesgo que se relaciona con el parto prematuro, el riesgo es proporcional al número de cigarros que se consume por día. El consumir tabaco tiene 2 veces el riesgo de riesgo de

presentar APP, también aumenta el riesgo de otras patologías como: parto prematuro y ruptura prematura de membranas. ⁽²⁶⁾

Índice de masa corporal (IMC)

En un estudio se encontró que las gestantes con bajo peso poseen mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino de 1.35 veces más que las eutróficas. Por otro lado las obesas tiene un riesgo de 3.9 veces y las que tienen sobrepeso tienen un riesgo de 1.58 veces más. ⁽²⁶⁾.

FACTORES GÍNECO-OBSTETRICOS

Gesta

En un estudio realizado en Nicaragua se encontró que esta patología se encuentra en la mayoría de las multigestas con un 82.9%, seguida de las nuligestas (primera gestación) con un 76%. ⁽¹⁰⁾

Paridad

En un estudio realizado en Nicaragua encontraron que la mayoría eran nulíparas con un 64% y las multíparas con un 63%. ⁽¹⁰⁾. En un metaanálisis realizado a 2, 929 mujeres se encontró un factor de riesgo de 28.6% para las nulíparas y para las multíparas un 18.2% con una probabilidad de poseer amenaza de parto pretérmino de 33%. ⁽²⁶⁾

Aborto previo

En un estudio realizado en Nicaragua se encontró que las gestantes con riesgo tuvieron aborto previo 12.1% y las que no tuvieron abortos fue de 87.9%.⁽¹⁰⁾.

Periodo intergenesico

Las pacientes con un periodo intergenesico corto (< de 18 meses) post parto, poseen el doble de riesgo de tener otro PPT. ⁽²⁶⁾.

Número de controles prenatales

Es la evaluación integral que se brinda a la embarazada y al nuevo ser, de preferencia antes de las 14 semanas. ⁽¹⁸⁾ En un estudio realizado en Ecuador se encontró que la frecuencia de controles prenatales fueron: más de 6 controles con 55%, seguido de 4 a 5 controles con 25%, de 2 a 3 controles con 15% y sin control 5%. ⁽²⁷⁾

Edad gestacional

En un estudio realizado en Ecuador se encontró una mayor incidencia de la edad gestacional entre 30 a 32 semanas con un 40%, seguido de 28 a 29 semanas con 30 % y de 35 a 36 semanas con 30%. ⁽²⁷⁾ En otro estudio realizado en Vitarte las edades gestacionales entre 30-33.6 semanas representaron un 41.2%, entre 34-36.6 semanas fueron 35.3%, entre 26-29.6 semanas fueron 11.8% y por último en menos riesgo las edades gestacionales entre 22 y 25.6 semanas. ⁽¹⁶⁾

Antecedente de Parto Pretérmino.

En un estudio de Mercer se encontró que el principal factor de riesgo es haber tenido un parto prematuro previo con un riesgo de 1.5 a 2 veces. ⁽²⁶⁾ La posibilidad de tener un parto prematuro después de un parto previo es: primer parto a término: 4,4%, Primer parto pretérmino: 17,2%, primer parto pretérmino y segundo a término: 5,7%, primer y segundo partos pretérmino: 28,4%. ⁽²⁹⁾

FACTORES PATOLOGICOS

La infección del tracto urinario (ITU)

En un metaanálisis realizado a 5, 132 mujeres no se encontró relación significativa entre la bacteriuria asintomática y el parto prematuro en embarazos sin factores de riesgo (OR 1.5 IC95%:0.6-3.5). ⁽²⁶⁾ En un estudio realizado en Vitarte se encontró que presentaron ITU un 58% de las

gestantes, se encontró que si existe relación significativa entre estas patologías. ⁽¹⁶⁾

Infecciones vaginales

En un estudio en Nicaragua se encontró que la infección vaginal se presentó en el 46.3% de las gestantes con amenaza de parto pretérmino. ⁽¹⁰⁾

La ruptura prematura de membranas (RPM)

La rotura espontánea de las membranas tiene una frecuencia de 4% y si se llega al parto de 18% y como causa de parto pretérmino un 50%. ⁽¹⁸⁾. En un estudio realizado en vitarte se encontró que la mayoría un 96% no presento ruptura prematura de membranas este estudio encontró que no existe relación significativa entre estas patologías. ⁽¹⁶⁾

Trastorno hipertensivo

En un estudio realizado en Nicaragua se encontró que el trastorno hipertensivo se encontró en 10.9% de las gestantes con amenaza de parto pretérmino. ⁽¹⁰⁾

RECIÉN NACIDO PREMATURO

Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas o 259 días.
⁽³⁰⁾

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la edad gestacional se hará con el Método de Capurro

Se clasifica de la siguiente manera:

- Prematuridad leve (34 – 36 semanas).
- Prematuridad moderada (30 – 33 semanas).
- Prematuridad extrema (26 – 29 semanas).
- Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas).

CARACTERISTICAS FISIOPATOLOGICAS DEL RECIEN NACIDO

Muerte neonatal

Es la muerte del recién nacido vivo, que se presenta en el periodo desde el nacimiento hasta <29 días de vida. Pueden subdividirse en muertes neonatales precoces, que ocurren durante los siete primeros días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida. ⁽³¹⁾

Relación peso edad gestacional

El peso al nacer se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento

. Según su peso al nacer, en relación con los percentiles 10 y 90:

- Pequeño para su edad gestacional (PEG).
- Adecuado para su edad gestacional (AEG).
- Grande para su edad gestacional (GEG).

. Según su peso al nacer en gramos

- Macrosómico mayor a 4000 gramos
- Normopeso al nacer entre 2,500 gramos – 3999 gramos
- Bajo peso al nacer entre 1500 gramos -2499 gramos
- Muy bajo peso al nacer entre 1000 gramos – 1499 gramos
- Peso extremadamente bajo al nacer entre 500 mg – 999 gramos

Puntaje apgar

El APGAR es un test que se le aplica al recién nacido que describe su condición al nacer, también nos sirve para conocer como fue la transición de la etapa fetal a la etapa neonatal; El test de APGAR se efectúa al 1º y 5º minuto de vida. Evaluando la Apariencia, el Pulso, la Gesticulación, la Actividad y la Respiración; La evaluación al 1er minuto, tiene valor diagnóstico y la que se hace a los 5 minutos tiene valor pronóstico, entre más

baja es la puntuación del APGAR.⁽³³⁾ La puntuación Apgar se clasifica como depresión severa (Apgar 0–3), depresión moderada (Apgar 4–6), y normal (Apgar de 7-10). ⁽¹⁵⁾

Dificultad Respiratoria Neonatal

Incremento visible del esfuerzo respiratorio caracterizado por taquipnea (FR mayor o igual a 60 por minuto) y/o tiraje o quejido.

Asfixia del nacimiento

Síndrome clínico caracterizado por depresión cardiorrespiratoria secundaria a hipoxemia y /o isquemia tisular fetal. Es el mecanismo etiológico atribuido a la isquemia hipóxica intraparto y sobre todo anteparto. ⁽³⁰⁾

Anomalías congénitas

Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida. ⁽³⁴⁾

Trauma Obstétrico

Son las lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y su paso por el canal vaginal. Estas lesiones pueden ser provocadas por las fuerzas mecánicas exageradas que provocan en el recién nacido hemorragia, edema o rotura de tejido, esta complicación puede ocurrir a pesar de un óptimo manejo obstétrico. Los traumas obstétricos aún presentes en la atención del parto han disminuido con relación al uso de los fórceps, ventosa, versiones obstétricas entre otras. ⁽³⁵⁾

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Amenaza de Parto Pretérmino: Presencia de contracciones uterinas después de la semana 22 y antes de la 36.6 semanas de gestación, contracciones uterinas con una frecuencia de 3 en 30 minutos o 1 en 10 minutos, de 30 segundos de duración, con borramiento del cérvix de 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm.

Bienestar: Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de la actividad somática y psíquica.

Factor de riesgo: Característica o cualidad que tiene una enfermedad, la cual guarda relación causal o le otorga un grado mayor de posibilidad para su desarrollo.

Neonato: Un recién nacido es el que tiene menos de 28 días de nacido, los 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño.

Parto pretérmino: Es el nacimiento que se produce luego de las 22 semanas 0 días y antes de las 37 semanas 0 días de gestación.

III. DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, correlacional, transversal.

3.2 POBLACION Y MUESTRA:

- **POBLACION**

La población estuvo constituida por 87 gestantes con amenaza de parto pretérmino que ingresaron a la unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el 2018.

Se utilizó a toda la población “muestra censal: que es aquella porción que representa toda la población”, de tal manera los resultados obtenidos se podrán generalizar. ⁽³⁶⁾

- **MUESTRA**

Para el desarrollo de la investigación se utilizó como unidad de análisis a todas las gestantes con APP que ingresaron a la UEPA durante el 2018, se trabajó con la población Censal, por tal motivo toda la población ingresa al estudio y no será necesario la realización de un muestreo probabilístico, según Hernández R. ⁽³⁷⁾

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN:

Criterios de Inclusión:

- Historia clínica de gestantes con correcto llenado de los datos.
- Gestantes mayores de 22 semanas y 36, 6 semanas de gestación.
- Gestantes con embarazo único

Criterios de Exclusión:

- Historia clínica de gestante con gestación no viables
- Historia clínica de gestante con embarazo múltiple.
- Gestantes menores de 22 semanas y mayores de 37 semanas de gestación.
- Gestantes con trastorno psiquiátrico.
- Gestantes atendidas en otros servicios del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Criterios de Eliminación:

- Historias Clínicas de gestantes con amenaza de parto pretérmino que tengan un llenado incompleto, ilegible o inubicable en los archivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

3.4 VARIABLES:**Variable:**

- Factores maternos de amenaza de parto pretérmino
 - i. Factores sociodemográficos
 - Edad:
 - Estado civil:
 - Ocupación:
 - Nivel de instrucción:
 - Hábitos nocivos
 - índice de masa corporal
 - ii. Factores Gineco-obstétricos
 - Edad gestacional
 - Ultimo Papanicolaou
 - gestas

- Antecedente de Aborto
 - Periodo intergenesico corto
 - Número de atenciones prenatales:
 - antecedente de parto pretérmino
- iii. Factores patológicos asociados al embarazo
- diabetes
 - anemia
 - Trastorno hipertensivo
 - Ruptura prematura de membranas
 - Retardo del crecimiento intrauterino
 - Infección urinaria
 - vaginosis
 - Bacteriuria asintomática

Variable:

- Bienestar del neonato

3.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS

Técnica:

Observación de historias clínicas

Instrumento:

Ficha de recolección de datos

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Previa coordinación con las autoridades correspondientes y jefa del servicio de ginecoobstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos, se tomó en cuenta los criterios de selección para evitar un error de sesgo.

Para estudio se utilizarán estadísticas descriptivas para los resultados de la muestra. El análisis de datos requerirá el diseño de una base de datos, en el cual se ingresarán los datos de la ficha de recolección y luego procederemos a obtener los resultados en tablas de frecuencia y gráficos.

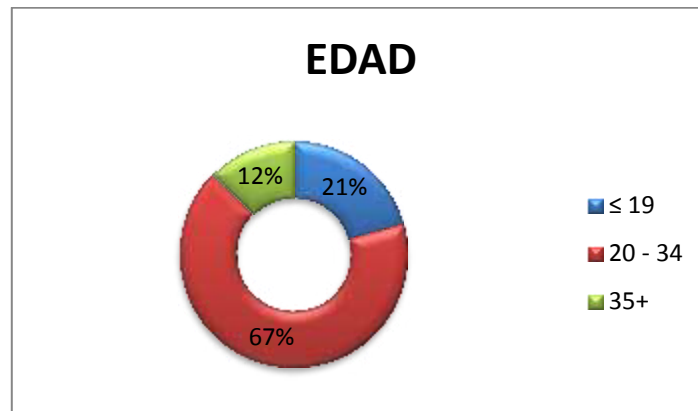
El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 25; se ingresó cada uno de los cuestionarios en la base creada en el programa estadístico en mención y luego se procedió a sacar los resultados en tablas simples y de contingencia según corresponda. Del mismo modo para establecer la relación se calculó medidas de asociación como la prueba de Chi cuadrado y prueba exacta de fisher, la cual al obtener un valor $p < 0.05$ se consideró significativo.

3.7 CONSIDERACIONES ETICAS

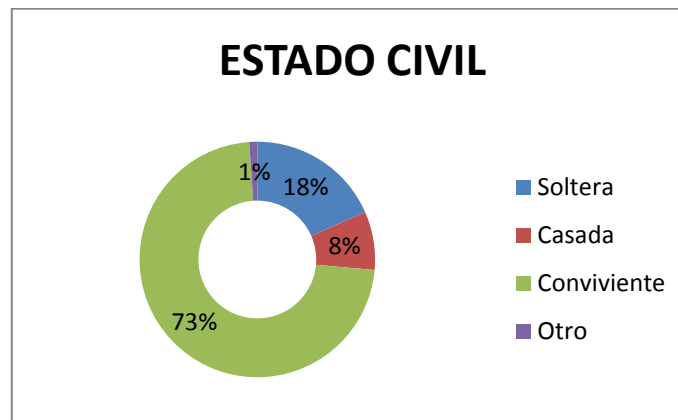
El presente trabajo se base en estudio de revisiones de historias clínicas de gestantes con APP en la unidad de UEPA, por tal motivo no era necesario la participación directa de la gestante, por tal motivo no era necesario un consentimiento informado, se asegura la confidencialidad de los datos obtenidos en tal investigación y respetando el principio ético. La información obtenida nos servirá con fines académicos. No se evidencia los datos de la gestante ni el número de su historia clínica

IV. RESULTADOS

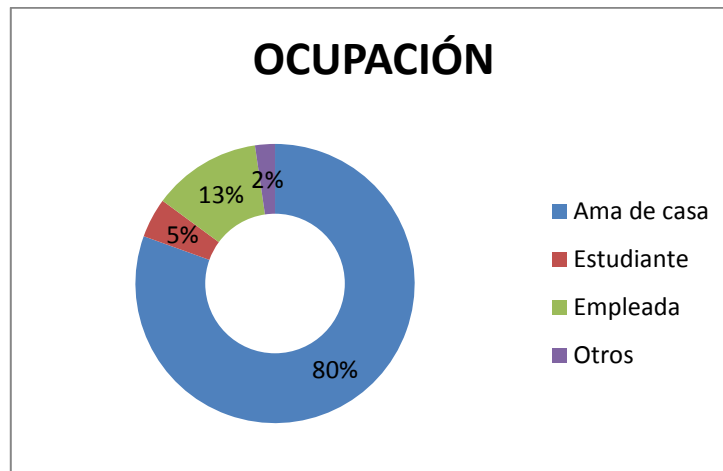
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS EN GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2019



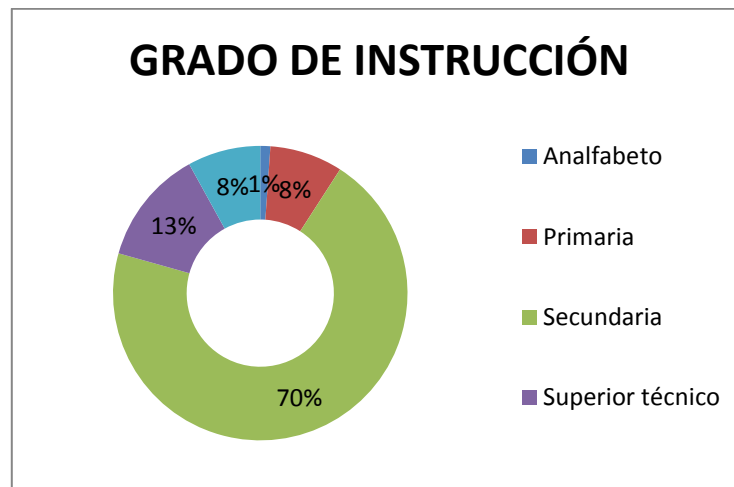
En el grafico 1, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación a la edad en este estudio se encontró que el 12.6% son mayores de 35 años, el 20.7% menores o igual a 19 años y el 66.7% entre 20 y 34 años. Fuente: Elaboración propia



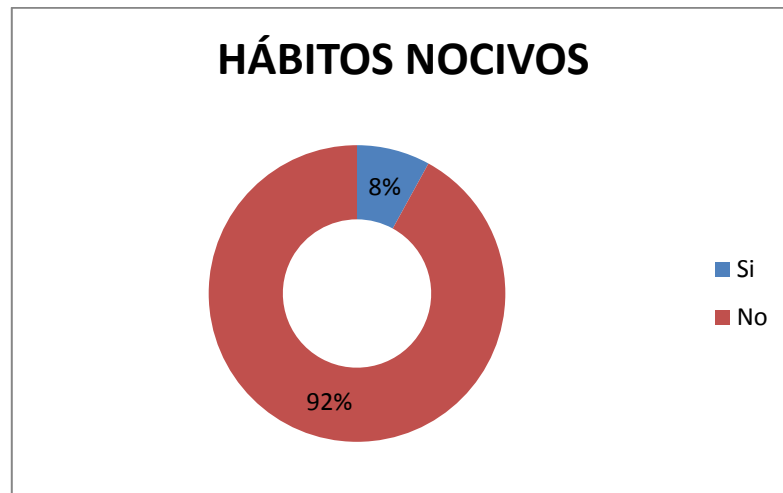
En el grafico 2, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación al estado civil en este estudio se encontró el 1% no especifica, el 8% es casada. El 18% es soltero y el 73% es conviviente. Fuente: Elaboración propia



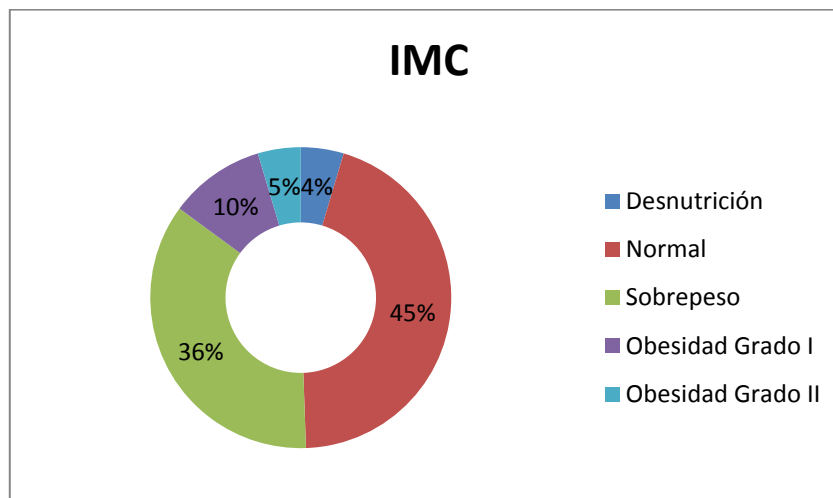
En el grafico 3, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación a la ocupación en este estudio se encontró el 2% no especifica, el 5% es estudiante, el 13% es empleada y el 80% es ama de casa. Fuente: Elaboración propia



En el grafico 4, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación al grado de instrucción en este estudio se encontró el 1% es analfabeta, 8% solo primaria, 8% estudio una carrera superior universitario y el 70% solo secundaria. Fuente: Elaboración propia

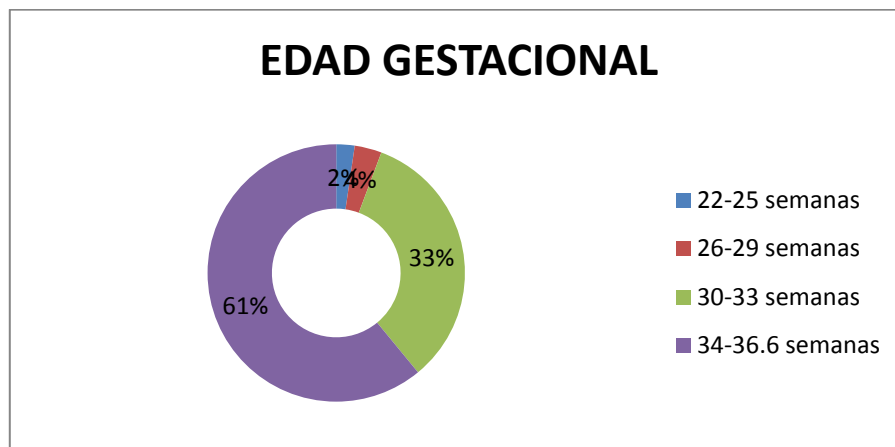


En el grafico 5, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación a los hábitos nocivos en este estudio se encontró el 8% si consumió sustancias psicoactivas y el 92% no consumió. Fuente: Elaboración propia

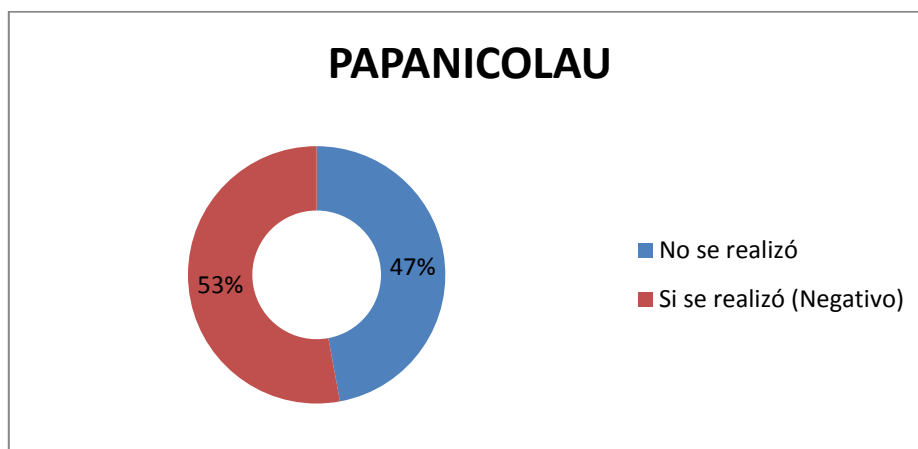


En el grafico 6, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación al índice de masa corporal en este estudio se encontró el 4.6% obesidad grado II, otro 4.6% desnutrición, 10.3% obesidad grado I, 35.6% sobrepeso y 44.8% normopeso. Fuente: Elaboración propia

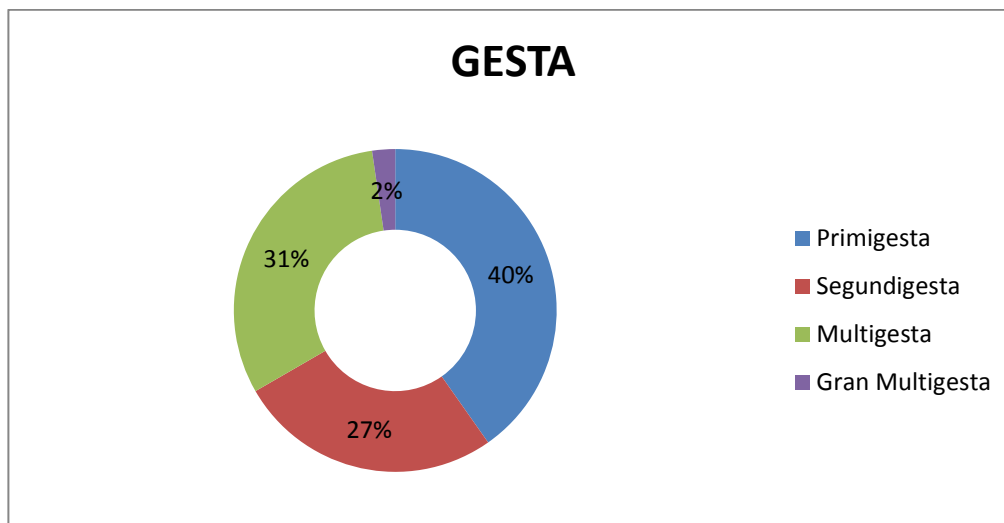
CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS EN GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2019



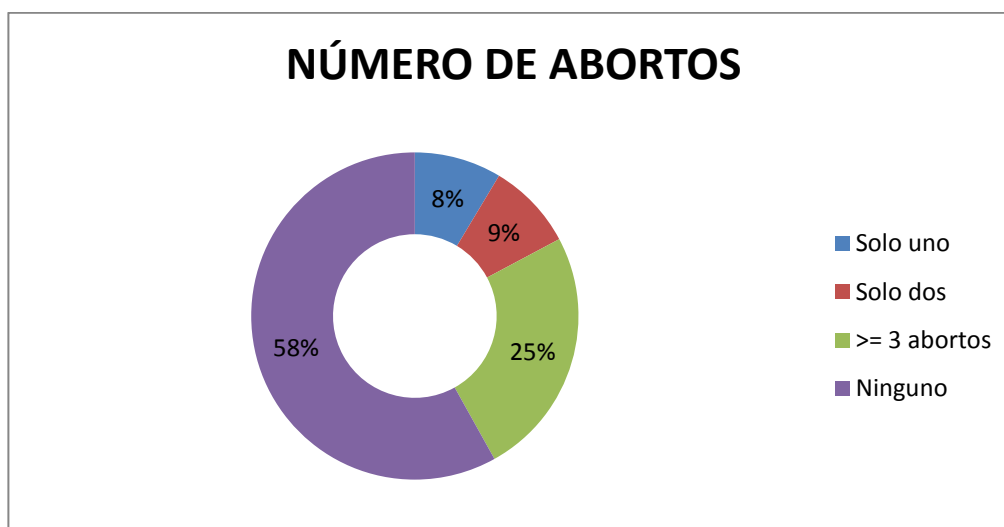
En el grafico 7, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación a la edad gestacional en este estudio se encontró el 2% de 22 a 25 semanas, el 4% de 26 a 29 semanas , el 33% de 30 a 33 semanas y el 61% de 34 a 36.6 semanas. Fuente: Elaboración propia



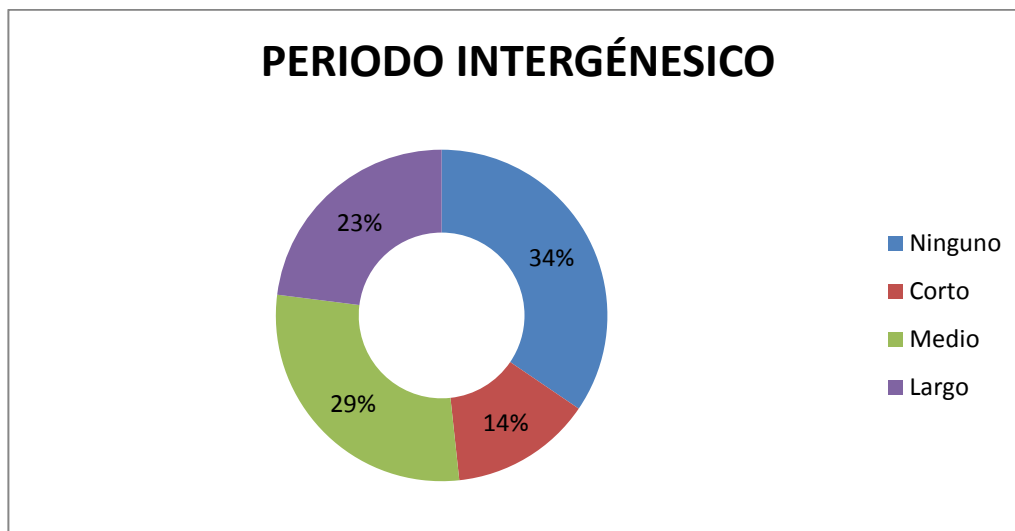
En el grafico 8, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación a la realización del Papanicolaou en este estudio se encontró el 47% no se realizó el examen y el 53% si se realizó el examen con resultado negativo. Fuente: Elaboración propia



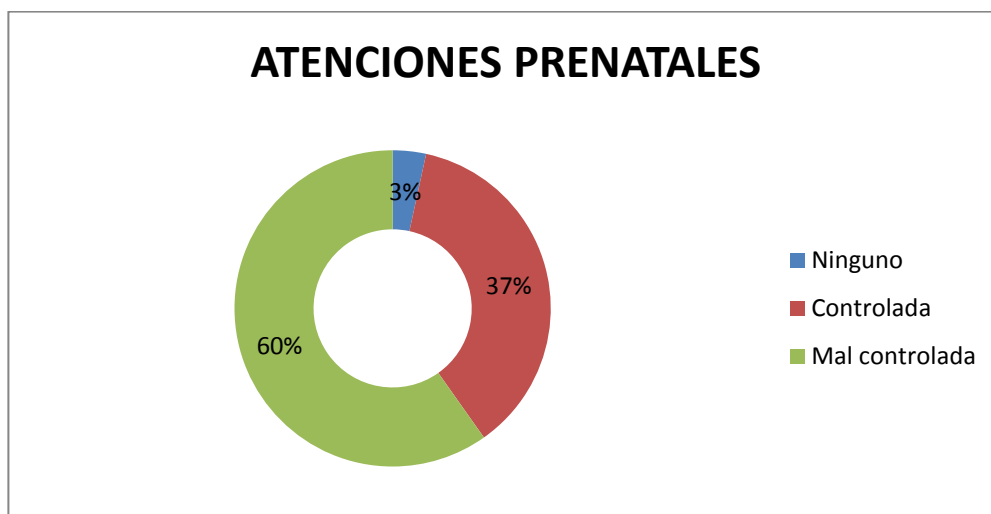
En el grafico 9, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación a la gesta en este estudio se encontró el 2% gran multigesta, el 27% segundigesta, el 31% multigesta y el 40% primigesta. Fuente: Elaboración propia



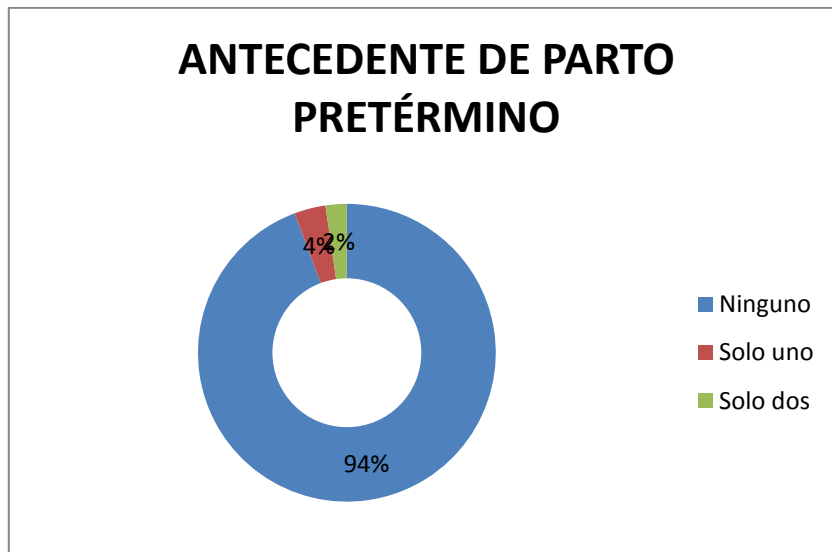
En el grafico 10, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación al número de abortos en este estudio se encontró el 8% solo un aborto, el 9% solo dos abortos, el 25% mayor de tres abortos y el 58% no presento aborto previo. Fuente: Elaboración propia



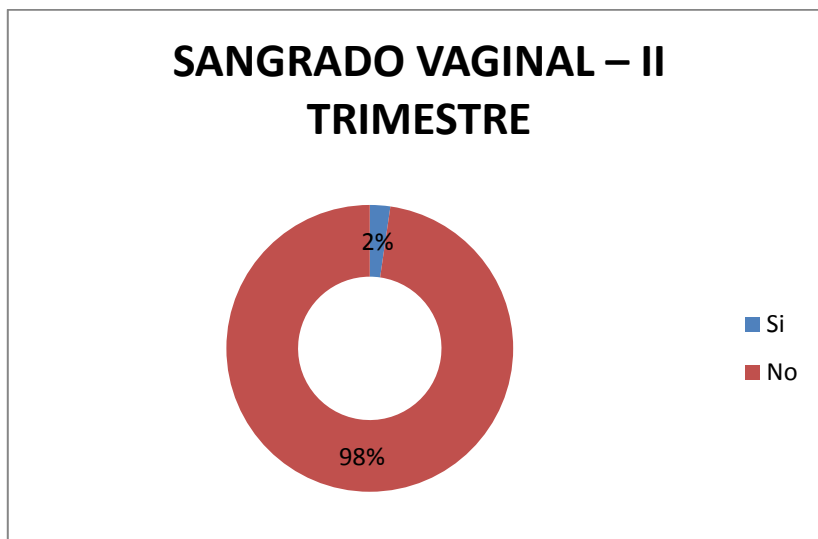
En el grafico 11, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación al periodo intergenesico en este estudio se encontró el 14% corto, el 23% largo, el 29% medio y el 34% no presento. Fuente: Elaboración propia



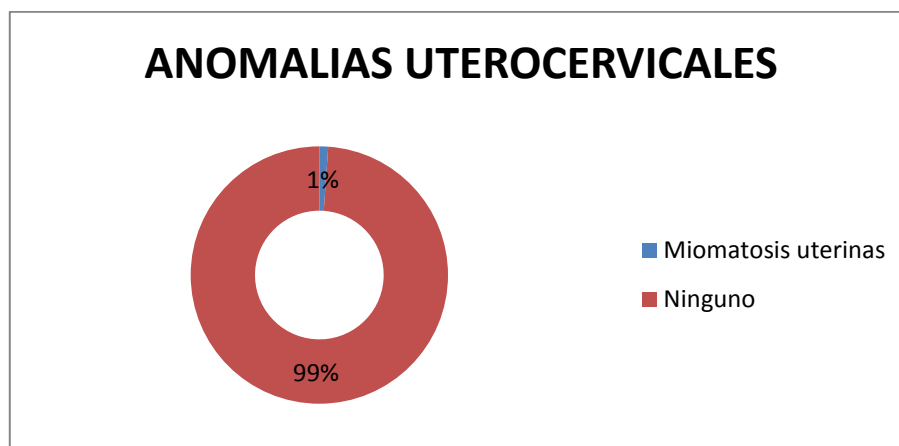
En el grafico 12, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación a los controles prenatales en este estudio se encontró el 3% no tuvo ningún control, el 37% fue controlada y el 60% estuvo mal controlada. Fuente: Elaboración propia



En el grafico 13, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación al antecedente de parto pretérmino en este estudio se encontró el 2% solo dos, el 4% solo uno y el 94% no presento antecedente. Fuente: Elaboración propia

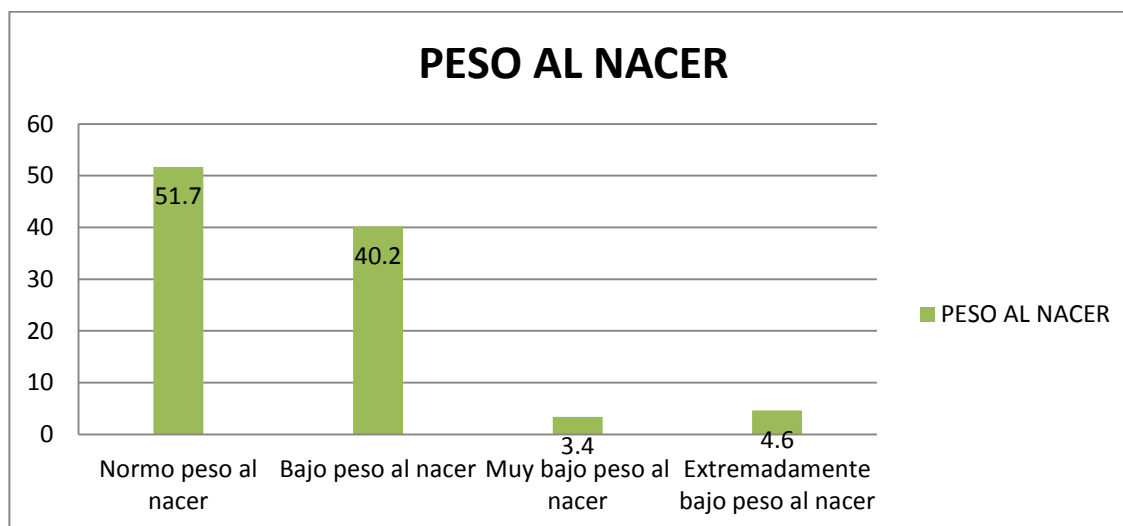


En el grafico 14, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación al sangrado vaginal en el II trimestre en este estudio se encontró el 2% presento sangrado y el 98% no presento sangrado. Fuente: Elaboración propia

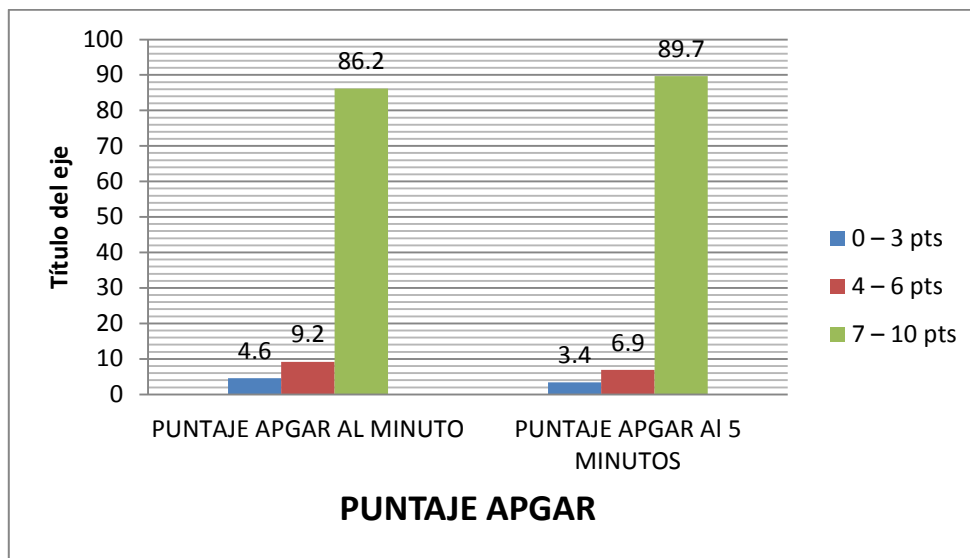


En el grafico 14, se incluyeron un total de 87 mujeres gestantes, con relación a las anomalías uterocervicales en este estudio se encontró el 1% presento Miomatosis uterina el 99% no presento anomalía. Fuente: Elaboración propia

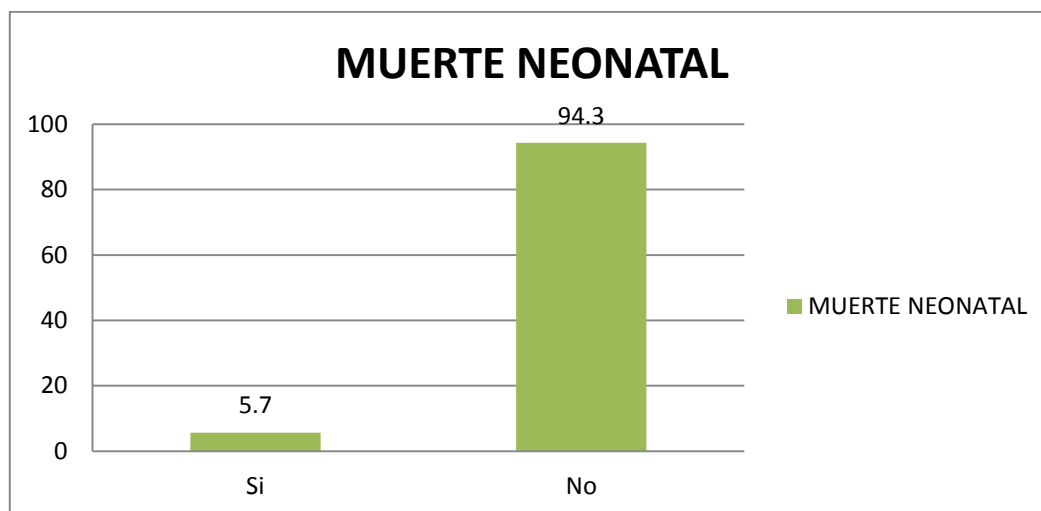
CARACTERÍSTICAS DEL BIENESTAR NEONATAL EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2019



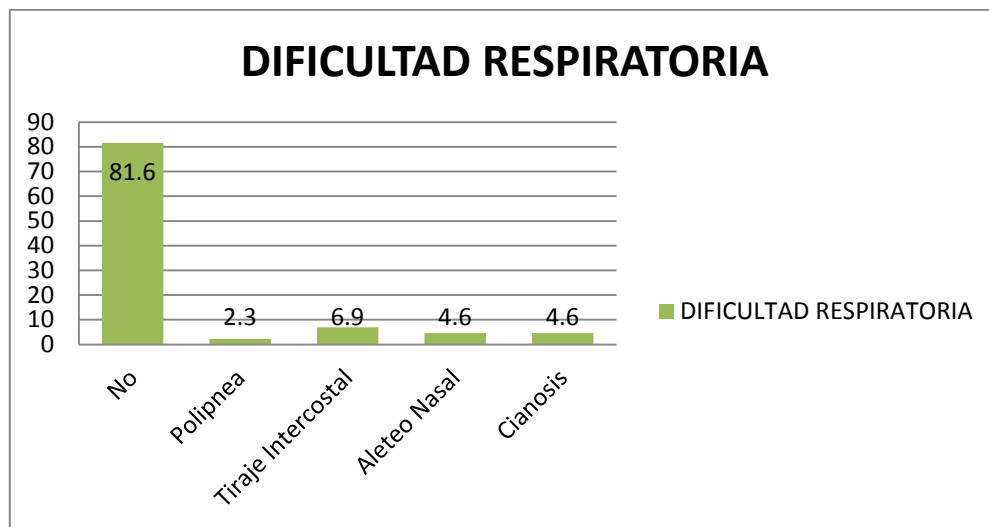
En el grafico 15, se incluyeron un total de 87 recién nacidos, con relación al peso al nacer en este estudio se encontró el 3.4% muy bajo peso al nacimiento, 4.6% extremadamente bajo peso al nacimiento, 40.2% bajo peso al nacimiento y el 51.7% normopeso. Fuente: Elaboración propia



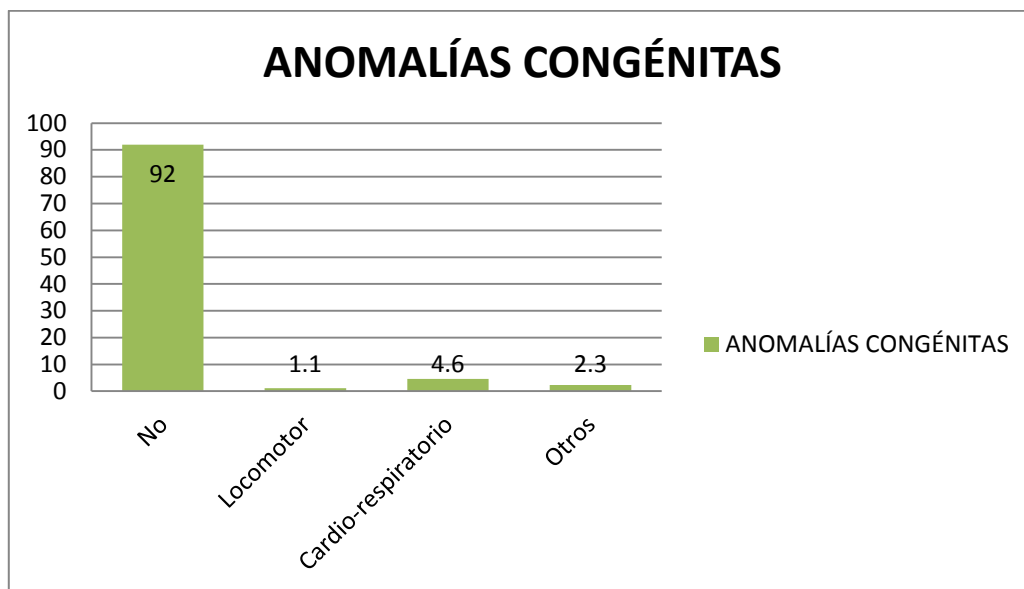
En el grafico 16, se incluyeron un total de 87 recién nacidos, con relación al test de apgar al minuto el 86.2% obtuvo una puntuación entre 7 -10 y a los 5 minutos el 89.7% obtuvo una puntuación entre 7-10. Fuente: Elaboración propia



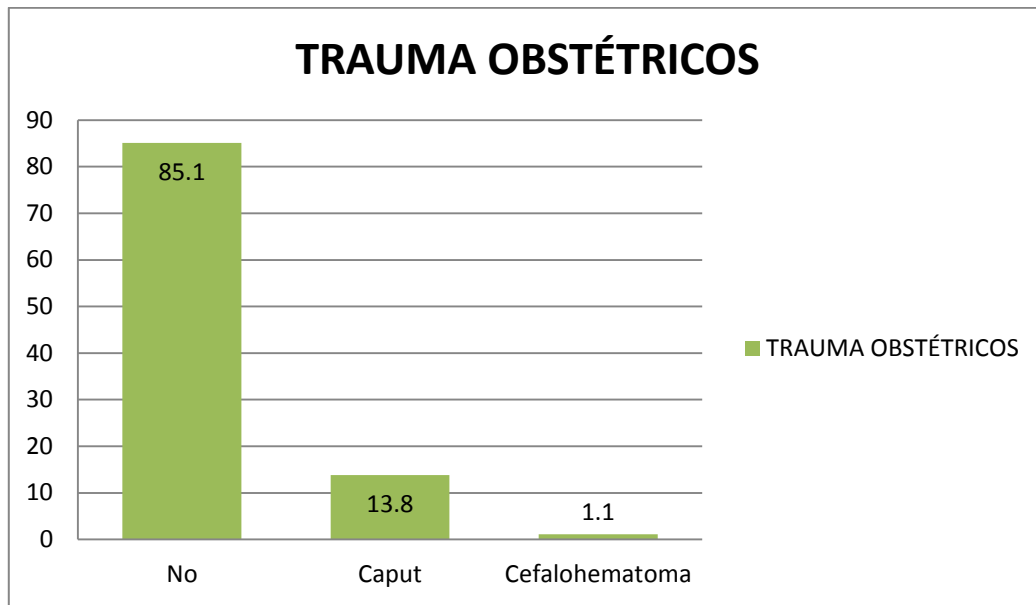
En el grafico 17, se incluyeron un total de 87 recién nacidos, con relación a la muerte neonatal en este estudio el 5.7% fallecieron y el 94.3% sobrevivieron. Fuente: Elaboración propia



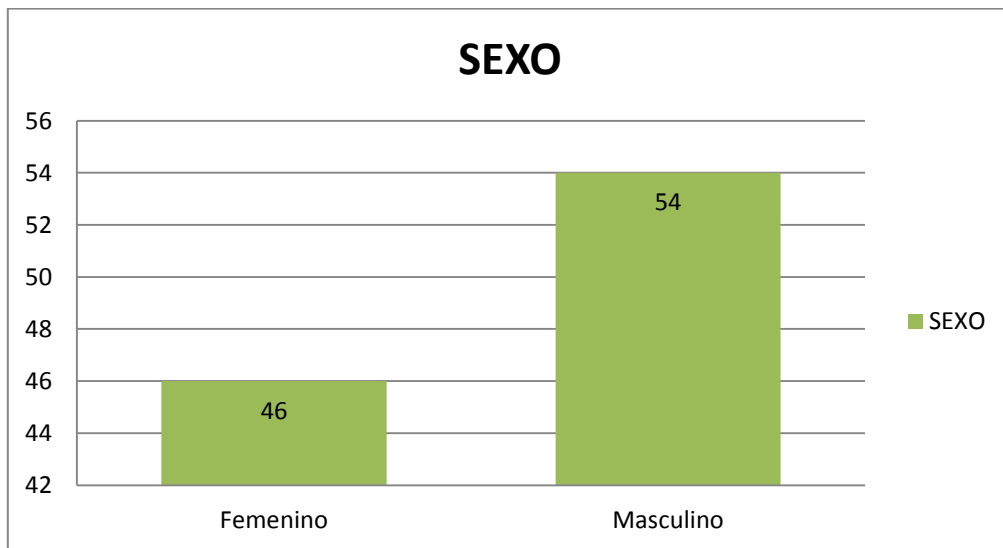
En el grafico 18, se incluyeron un total de 87 recién nacidos, con relación a la dificultad respiratoria en este estudio el 2.3% presento Polipnea, el 4.6% presento aleteo nasal y cianosis, el 6.9% presento tiraje intercostal y el 81.6 no presento dificultad respiratoria. Fuente: Elaboración propia



En el grafico 19, se incluyeron un total de 87 recién nacidos, con relación a las anomalías congénitas en este estudio el 1.1% aparato locomotor, el 2.3% otras anomalías, el 4.6% cardiorrespiratorios y el 92% no presento anomalías congénitas. Fuente: Elaboración propia



En el grafico 20, se incluyeron un total de 87 recién nacidos, con relación al trauma obstétrico en este estudio el 1.1% Cefalohematoma, el 13.8% Caput y el 85.1% no presento trauma obstétrico. Fuente: Elaboración propia



En el grafico 21, se incluyeron un total de 87 recién nacidos, con relación al sexo en este estudio el 46% fueron del sexo femenino y el 54% fueron del sexo masculino. Fuente: Elaboración propia

TABLA Nº 1. FACTORES DE RIESGO Y BAJO PESO AL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2019

FACTORES DE RIESGOS		BAJO PESO AL NACER				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PERSONALES						
adolescente	Si	11	26.2	7	15.6	0.221
	No	31	73.8	38	84.4	
añosa	Si	7	16.7	4	8.9	*0.342
	No	35	83.3	41	91.1	
soltera	Si	7	16.7	9	20.0	0.688
	No	35	83.3	36	80.0	
obrera	Si	5	11.9	8	17.8	0.443
	No	37	88.1	37	82.2	
educación secundaria	Si	33	78.6	36	80.0	0.869
	No	9	21.4	9	20.0	
desnutrición	Si	2	4.8	2	4.4	*1.00
	No	40	95.2	43	95.6	
sobrepeso y obesidad	Si	20	47.6	24	53.3	0.594
	No	22	52.4	21	46.7	
hábitos nocivos	Si	0	0.0	7	15.6	*0.012
	No	42	100.0	38	84.4	
FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICA						
aborto previo	Si	17	40.5	16	35.6	0.636
	No	25	59.5	29	64.4	
periodo intergenésico corto	Si	7	16.7	5	11.1	0.453
	No	35	83.3	40	88.9	
control prenatal inadecuado	Si	32	76.2	23	51.1	0.015
	No	10	23.8	22	48.9	
antecedente de parto pretérmino	Si	2	4.8	3	6.7	*1.00
	No	40	95.2	42	93.3	
sangrado vaginal – II trimestre	Si	1	2.4	1	2.2	*1.00
	No	41	97.6	44	97.8	
anomalías uterocervicales	Si	0	0.0	1	2.2	*1.00
	No	42	100.0	44	97.8	

FACTORES DE RIESGOS		BAJO PESO AL NACER				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS						
Asma	Si	2	4.8	1	2.2	*0.608
	No	40	95.2	44	97.8	
Alteraciones Hematológicas	Si	1	2.4	2	4.4	1.00
	No	41	97.6	43	95.6	
Diabetes	Si	1	2.4	8	17.8	*0.031
	No	41	97.6	37	82.2	
Anemia	Si	19	45.2	16	35.6	0.357
	No	23	54.8	29	64.4	
Trastorno Hipertensivo	Si	0	0.0	4	8.9	*0.117
	No	42	100.0	41	91.1	
Retardo del Crecimiento Intrauterino	Si	9	21.4	6	13.3	0.318
	No	33	78.6	39	86.7	
Ruptura Prematura de Membranas	Si	19	45.2	18	40.0	0.621
	No	23	54.8	27	60.0	
Vaginosis	Si	0	0.0	1	2.2	*1.00
	No	42	100.0	44	97.8	
Infección Urinaria	Si	14	33.3	8	17.8	0.095
	No	28	66.7	37	82.2	
Bacteriuria Asintomática	Si	3	7.1	2	4.4	0.669
	No	39	92.9	43	95.6	

En el tabla 1, con relación a los factores de riesgo maternos y al bajo peso al nacer de las variables analizadas, se encontraron asociadas significativamente al bajo peso al nacer: hábitos nocivos ($p= 0,012$), control prenatal inadecuado ($p=0.015$), diabetes ($p=0.031$). Fuente: Elaboración propia.

**TABLA N. º 2. FACTORES DE RIESGO Y PUNTUACION APGAR AL MINUTO
EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2019**

FACTORES DE RIESGOS		PUNTAJE APGAR AL MINUTO				P
		INADECUADO				
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PERSONALES						
Adolescente	Si	5	41.7	13	17.3	0.053
	No	7	58.3	62	82.7	
Añosa	Si	3	25.0	8	10.7	*0.174
	No	9	75.0	67	89.3	
Soltera	Si	2	16.7	14	18.7	*1.00
	No	10	83.3	61	81.3	
Obrera	Si	2	16.7	11	14.7	*1.00
	No	10	83.3	64	85.3	
Educación Secundaria	Si	10	83.3	59	78.7	0.711
	No	2	16.7	16	21.3	
Desnutrición	Si	1	8.3	3	4.0	*0.454
	No	11	91.7	72	96.0	
Sobrepeso y Obesidad	Si	6	50.0	38	50.7	0.966
	No	6	50.0	37	49.3	
Hábitos Nocivos	Si	0	0.0	7	9.3	*0.586
	No	12	100.0	68	90.7	

FACTORES DE RIESGOS		PUNTAJE APGAR AL MINUTO INADECUADO				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICA						
Aborto Previo	Si	3	25.0	30	40.0	*0.523
	No	9	75.0	45	60.0	
Periodo Intergenésico Corto	Si	1	8.3	11	14.7	*1.00
	No	11	91.7	64	85.3	
Control Prenatal Inadecuado	Si	8	66.7	47	62.7	*1.00
	No	4	33.3	28	37.3	
Antecedente De Parto Pretérmino	Si	1	8.3	4	5.3	*0.533
	No	11	91.7	71	94.7	
Sangrado Vaginal – II Trimestre	Si	0	0.0	2	2.7	*1.00
	No	12	100.0	73	97.3	
Anomalías Uterocervicales	Si	1	8.3	0	0.0	*0.138
	No	11	91.7	75	1.00	
FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS						
Asma	Si	1	8.3	2	2.7	*0.363
	No	11	91.7	73	97.3	
Alteraciones Hematológicas	Si	1	8.3	2	2.7	*0.363
	No	11	91.7	73	97.3	
Diabetes	Si	1	8.3	8	10.7	*1.00
	No	11	91.7	67	89.3	
Anemia	Si	8	66.7	27	36.0	*0.59
	No	4	33.3	48	64.0	
Trastorno Hipertensivo	Si	0	0.0	4	5.3	*1.00
	No	12	100.0	71	94.7	
Retardo del Crecimiento Intrauterino	Si	2	16.7	13	17.3	*1.00
	No	10	83.3	62	82.7	
Ruptura Prematura de Membranas	Si	3	25.0	34	45.3	*0.223
	No	9	75.0	41	54.7	
Vaginosis	Si	0	0.0	1	1.3	*1.00
	No	12	100.0	74	98.7	
Infección Urinaria	Si	5	41.7	17	22.7	0.170
	No	7	58.3	58	77.3	
Bacteriuria Asintomática	Si	1	8.3	4	5.3	*0.533
	No	11	91.7	71	94.7	

En el tabla 2, con relación al factor de riesgo de la madre y al puntaje apgar al minuto, no se encontraron significancias estadísticas. Fuente: Elaboración propia

TABLA N.º 3. FACTORES DE RIESGO Y PUNTUACIONA APGAR AL 5º MINUTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO.

2019

FACTORES DE RIESGOS		PUNTAJE APGAR A LOS 5 MINUTOS INADECUADO				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PERSONALES						
Adolescente	Si	4	44.4	14	17.9	0.063
	No	5	55.6	64	82.1	
Añosa	Si	3	33.3	8	10.3	0.049
	No	6	66.7	70	89.7	
Soltera	Si	1	11.1	15	19.2	*1.00
	No	8	88.9	63	80.8	
Obrera	Si	2	22.2	11	14.1	*0.618
	No	7	77.8	67	85.9	
Educación Secundaria	Si	9	100.0	60	76.9	*0.194
	No	0	0.0	18	23.1	
Desnutrición	Si	1	11.1	3	3.8	*0.359
	No	8	88.9	75	96.2	
Sobrepeso y Obesidad	Si	5	55.6	39	50.0	*1.00
	No	4	44.4	39	50.0	
Hábitos Nocivos	Si	0	0.0	7	9.0	*1.00
	No	9	100.0	71	91.0	
FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICA						
Aborto Previo	Si	3	33.3	30	38.5	*1.00
	No	6	66.7	48	61.5	
Periodo Intergenésico Corto	Si	1	11.1	11	14.1	*1.00
	No	8	88.9	67	85.9	
Control Prenatal Inadecuado	Si	6	66.7	49	62.8	*1.00
	No	3	33.3	29	37.2	
Antecedente de Parto Pretérmino	Si	1	11.1	4	5.1	*0.429
	No	8	88.9	74	94.4	
Sangrado Vaginal – II Trimestre	Si	0	0.0	2	2.6	*1.00
	No	9	1.00	76	97.4	
Anomalías Uterocervicales	Si	0	0.0	1	1.3	*1.00
	No	9	100.0	77	98.7	

FACTORES DE RIESGOS		PUNTAJE APGAR A LOS 5 MINUTOS INADECUADO				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS						
Asma	Si	1	11.1	2	2.6	*0.282
	No	8	88.9	76	97.4	
Alteraciones Hematológicas	Si	1	11.1	2	2.6	*0.282
	No	8	88.9	76	97.4	
Diabetes	Si	0	0.0	9	11.5	*0.589
	No	9	100.0	69	88.5	
Anemia	Si	5	55.6	30	38.5	*0.261
	No	4	44.4	48	61.5	
Trastorno Hipertensivo	Si	0	0.0	4	5.1	*1.00
	No	9	100.0	74	94.9	
Retardo del Crecimiento Intrauterino	Si	2	22.2	13	16.7	*0.650
	No	7	77.8	65	83.3	
Ruptura Prematura de Membranas	Si	2	22.2	35	44.9	*0.291
	No	7	77.8	43	55.1	
Vaginosis	Si	0	0.0	1	1.3	*1.00
	No	9	100.0	77	98.7	
Infección Urinaria	Si	3	33.3	19	24.4	*0.686
	No	6	66.7	59	75.6	
Bacteriuria Asintomática	Si	1	11.1	4	5.1	*0.429
	No	8	88.9	74	94.9	

En la tabla 3, con relación al factor de riesgo de la madre y al puntaje apgar al 5° minuto de las variables analizadas, de los factores de riesgos personales, se encontraron asociadas significativamente al puntaje Apgar a los 5 minutos: añosa ($p= 0,049$). No se encontraron significancias estadísticamente significativa. Fuente: Elaboración propia

TABLA N. ° 4. FACTORES DE RIESGO y MUERTE NEONATAL EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2019

FACTORES DE RIESGOS		MUERTE NEONATAL				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PERSONALES						
Adolescente	Si	1	20.0	17	20.7	*1.00
	No	4	80.0	65	79.3	
Añosa	Si	3	60.0	8	9.8	*0.013
	No	2	40.0	74	90.2	
Soltera	Si	0	0.0	16	19.5	*0.579
	No	5	100.0	66	80.5	
obrera	Si	1	20.0	12	14.6	*0.564
	No	4	80.0	70	85.4	
Educación secundaria	Si	5	100.0	64	78.0	*0.579
	No	0	0.0	18	22.0	
Desnutrición	Si	0	0.0	4	4.9	*1.00
	No	5	100.0	78	95.1	
Sobrepeso y Obesidad	Si	3	60.0	41	50.0	*1.00
	No	2	40.0	41	50.0	
Hábitos Nocivos	Si	0	0.0	7	8.5	*1.00
	No	5	100.0	75	91.5	

FACTORES DE RIESGOS				MUERTE NEONATAL				P
				Si		No		
				N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICA								
Aborto Previo			Si	2	40.0	31	37.8	*1.00
			No	3	60.0	51	62.2	
Periodo Intergenésico Corto			Si	1	20.0	11	13.4	*0.533
			No	4	80.0	71	86.6	
Control Prenatal Inadecuado			Si	2	40.0	53	64.6	*0.352
			No	3	60.0	29	35.4	
Antecedente	De	Parto	Si	1	20.0	4	4.9	*0.262

Pretérmino	No	4	80.0	78	95.1	
Sangrado Vaginal – II Trimestre	Si	0	0.0	2	2.4	*1.00
	No	5	100.0	80	97.6	
Anomalías Uterocervicales	Si	0	0.0	1	1.2	*1.00
	No	5	100.0	81	98.8	
FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS						
Asma	Si	1	20.0	2	2.4	*0.164
	No	4	80.0	80	97.6	
Alteraciones Hematológicas	Si	1	20.0	2	2.4	*0.164
	No	4	80.0	80	97.6	
Diabetes	Si	0	0.0	9	11.0	*1.00
	No	5	100.0	73	89.0	
Anemia	Si	2	40.0	33	40.2	*1.00
	No	3	60.0	49	59.8	
Trastorno Hipertensivo	Si	0	0.0	4	4.9	*1.00
	No	5	100.0	78	95.1	
Retardo del Crecimiento Intrauterino	Si	2	40.0	13	15.9	*0.204
	No	3	60.0	69	84.4	
Ruptura Prematura de Membranas	Si	1	20.0	36	43.9	*0.389
	No	4	80.0	46	56.1	
Vaginosis	Si	0	0.0	1	1.2	*1.00
	No	5	100.0	81	98.8	
Infección Urinaria	Si	1	20.0	21	25.6	*1.00
	No	4	80.0	61	74.4	
Bacteriuria Asintomática	Si	1	20.0	4	4.9	*0.262
	No	4	80.0	78	95.1	

En la tabla 4, con relación al factor de riesgo de la madre y a la muerte neonatal de las variables analizadas, de los factores de riesgos personales, se encontraron asociadas significativamente a la muerte neonatal: añosa ($p=0,013$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Fuente: Elaboración propia

**TABLA N.º 5. FACTORES DE RIESGO Y DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2019**

FACTORES DE RIESGOS		DIFICULTAD RESPIRATORIA				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PERSONALES						
Adolescente	Si	4	25.0	14	19.7	*0.734
	No	12	75.0	57	80.3	
Añosa	Si	2	12.5	9	12.7	*1.00
	No	14	87.5	62	87.3	
Soltera	Si	4	25.0	12	16.9	*0.481
	No	12	75.0	59	83.1	
obrera	Si	2	12.5	11	15.5	*1.00
	No	14	87.5	60	84.5	
Educación secundaria	Si	12	75.0	57	80.3	*0.734
	No	4	25.0	14	19.7	
Desnutrición	Si	1	6.3	3	4.2	*0.563
	No	15	93.8	68	95.8	
Sobrepeso y Obesidad	Si	7	43.8	37	52.1	0.546
	No	9	56.3	34	47.9	
Hábitos Nocivos	Si	0	0.0	7	9.9	*0.340
	No	16	100.0	64	90.1	
FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICA						
Aborto Previo	Si	8	50.0	25	35.2	0.393
	No	8	50.0	46	64.8	
Periodo Inter-genésico Corto	Si	3	18.8	9	12.7	*0.688
	No	13	81.3	62	87.3	
Control Prenatal Inadecuado	Si	9	56.3	46	64.8	0.573
	No	7	43.8	25	35.2	
Antecedente de Parto Pretérmino	Si	0	0.0	5	7.0	*0.579
	No	16	100.0	66	93.0	
Sangrado Vaginal – II Trimestre	Si	1	6.3	1	1.4	*0.336
	No	15	93.8	70	98.6	
Anomalías Uterocervicales	Si	0	0.0	1	1.4	*1.00

	No	16	100.0	70	98.6	
FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS						
asma	Si	0	0.0	3	4.2	*1.00
	No	16	100.0	68	95.8	
alteraciones hematológicas	Si	88	0.0	3	4.2	*1.00
	No	16	100.0	68	95.8	
Diabetes	Si	4	25.0	5	7.0	0.033
	No	12	75.0	66	93.0	
Anemia	Si	10	62.5	25	35.2	0.044
	No	6	37.5	46	64.8	
Trastorno Hipertensivo	Si	0	0.0	4	5.6	*1.00
	No	16	100.0	67	94.4	
Retardo del Crecimiento Intrauterino	Si	3	18.8	12	16.9	*1.00
	No	13	81.3	59	83.1	
Ruptura Prematura de Membranas	Si	7	43.8	30	42.3	1.00
	No	9	56.3	41	57.7	
Vaginosis	Si	0	0.0	1	1.4	*1.00
	No	16	100.0	70	98.6	
Infección Urinaria	Si	6	37.5	16	22.5	0.220
	No	10	62.5	55	77.5	
Bacteriuria Asintomática	Si	0	0.0	5	7.0	*0.579
	No	16	100.0	66	93.0	

En la tabla 5, con relación a los factores de riesgo maternos y a la dificultad respiratoria de las variables analizadas, de los factores de riesgos patológicos se encontraron asociadas significativamente a la dificultad respiratoria: diabetes ($p= 0,033$) y anemia ($p=0.044$). No se encontraron diferencias estadísticas en los factores de riesgos personales y factores de riesgos gineco-obstétricos. Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 6. FACTORES DE RIESGO Y ANOMALIAS CONGENITAS EN EL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2019**

FACTORES DE RIESGOS		ANOMALÍAS CONGÉNITAS				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PERSONALES						
Adolescente	Si	1	14.3	17	21.3	*1.00
	No	6	85.7	63	78.8	
Añosa	Si	3	42.9	8	10.0	*0.040
	No	4	57.1	72	90.0	
soltera	Si	0	0.0	16	20.0	*0.340
	No	7	100.0	64	80.0	
obrero	Si	2	28.6	11	13.8	*0.280
	No	5	71.4	69	86.3	
Educación secundaria	Si	7	100.0	62	77.5	*0.336
	No	0	0.0	18	22.5	
Desnutrición	Si	0	0.0	4	5.0	*1.00
	No	7	100.0	76	95.0	
Sobrepeso y Obesidad	Si	4	57.1	40	50.0	*1.00
	No	3	42.9	40	50.0	
Hábitos Nocivos	Si	0	0.0	7	8.8	*1.00
	No	7	100.0	73	91.3	
FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICA						
Aborto Previo	Si	3	42.9	30	37.5	*1.00
	No	4	57.1	50	62.5	
Periodo Intergenésico Corto	Si	1	14.3	11	13.8	*1.00
	No	6	85.7	69	86.3	
Control Prenatal Inadecuado	Si	3	42.9	52	65.0	*0.415
	No	4	57.1	28	35.0	
Antecedente de Parto Pretérmino	Si	1	14.3	4	5.0	*0.349
	No	6	85.7	76	95.0	
Sangrado Vaginal – II Trimestre	Si	0	0.0	2	2.5	*1.00
	No	7	100.0	78	97.5	
Anomalías Uterocervicales	Si	0	0.0	1	1.3	*1.00
	No	7	100.0	79	98.8	
	No	6	85.7	76	95.0	

FACTORES DE RIESGOS		ANOMALÍAS CONGÉNITAS				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS						
Asma	Si	1	14.3	2	2.5	*0.225
	No	6	85.7	78	97.5	
Alteraciones Hematológicas	Si	1	14.3	2	2.5	*0.225
	No	6	85.7	78	97.5	
Diabetes	Si	0	0.0	9	11.3	*1.00
	No	7	100.0	71	88.8	
Anemia	Si	3	42.9	32	40.0	*1.00
	No	4	57.1	48	60.0	
Trastorno Hipertensivo	Si	0	0.0	4	5.0	*1.00
	No	7	100.0	76	95.0	
Retardo del Crecimiento Intrauterino	Si	2	28.6	133	16.3	*0.347
	No	5	71.4	67	83.8	
Ruptura Prematura de Membranas	Si	2	28.6	35	43.8	*0.694
	No	5	71.4	45	56.3	
Vaginosis	Si	0	0.0	1	1.3	*1.00
	No	7	100.0	79	98.8	
Infección Urinaria	Si	2	28.6	20	25.0	*1.00
	No	5	71.4	60	75.0	
Bacteriuria Asintomática	Si	1	14.3	4	5.0	*0.349
	No	6	85.7	76	95.0	

En la tabla 6, con relación a los factores de riesgo maternos y a las anomalías congénitas de las variables analizadas, de los factores de riesgos personales, se encontraron asociadas significativamente a las anomalías congénitas: añosa ($p= 0,040$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Fuente: Elaboración propia

TABLA N.º 7. FACTORES DE RIESGO Y TRAUMA OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2019

FACTORES DE RIESGOS		TRAUMA OBSTÉTRICO				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PERSONALES						
Adolescente	Si	3	23.1	15	20.3	*0.727
	No	10	76.9	59	79.7	
Añosa	Si	4	30.8	7	9.5	*0.049
	No	9	69.2	67	90.5	
Soltera	Si	1	7.7	15	20.3	*0.447
	No	12	92.3	59	79.7	
obrera	Si	0	0.00	13	17.6	*0.202
	No	13	100.0	61	82.4	
Educación secundaria	Si	11	84.6	58	78.4	*1.00
	No	2	15.4	16	21.6	
Desnutrición	Si	0	0.0	4	5.4	*1.00
	No	13	100.0	70	94.6	
Sobrepeso y Obesidad	Si	8	61.5	36	48.6	0.391
	No	5	38.5	38	51.4	
Hábitos Nocivos	Si	1	7.7	6	8.1	*1.00
	No	12	92.3	68	91.9	

FACTORES DE RIESGOS		TRAUMA OBSTÉTRICO				P
		Si		No		
		N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICA						
Aborto Previo	Si	4	30.8	29	39.2	*0.759
	No	9	69.2	45	60.8	
Periodo Intergenésico Corto	Si	0	0.0	12	16.2	*0.199
	No	13	100.0	62	83.8	
Control Prenatal Inadecuado	Si	6	46.2	49	66.2	0.215
	No	7	53.8	25	33.8	
Antecedente de Parto Pretérmino	Si	1	7.7	4	5.4	*0.564
	No	12	92.3	70	94.6	
Sangrado Vaginal – II Trimestre	Si	0	0.0	2	2.7	*1.00

	No	13	100.0	72	97.3	
Anomalías Uterocervicales	Si	0	0.0	1	1.4	*1.00
	No	13	100.0	73	98.6	
FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS						
Asma	Si	1	7.7	2	2.7	*0.338
	No	12	92.3	72	97.3	
Alteraciones Hematológicas	Si	1	7.7	2	2.7	*0.338
	No	12	92.3	72	97.3	
Diabetes	Si	1	7.7	8	10.8	*1.00
	No	12	92.3	66	89.2	
Anemia	Si	5	38.5	30	40.5	1.00
	No	8	61.5	44	59.5	
Trastorno Hipertensivo	Si	1	7.7	3	4.1	*0.483
	No	12	92.3	71	95.9	
Retardo del Crecimiento Intrauterino	Si	1	7.7	14	18.9	*0.451
	No	12	92.3	60	81.1	
Ruptura Prematura de Membranas	Si	5	38.5	32	43.2	1.00
	No	8	61.5	42	56.8	
Vaginosis	Si	0	0.0	1	1.4	*1.00
	No	13	100.0	73	98.6	
Infección Urinaria	Si	1	7.7	21	28.4	*0.170
	No	12	92.3	53	71.6	
Bacteriuria Asintomática	Si	2	15.4	3	4.1	*0.159
	No	11	84.6	71	95.9	

En la tabla 7, con relación a los factores de riesgo maternos y al trauma obstétrico de las variables analizadas, de los factores de riesgos personales, se encontraron asociadas significativamente al trauma obstétrico: añosa ($p=0,049$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.
Fuente: Elaboración propia

**TABLA N.º 8. FACTORES DE RIESGO Y LA CONDICIÓN CLÍNICA
INADECUADA DEL NEONATO EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN. CALLAO. 2019**

FACTORES DE RIESGOS			CONDICIÓN CLÍNICA INADECUADA				P
			Si		No		
			N	%	N	%	
FACTORES DE RIESGO PERSONALES							
Adolescente	Si	3	15.8	15	22.1	*0.752	
	No	16	84.2	53	77.9		
Añosa	Si	5	26.3	6	8.8	0.043	
	No	14	73.7	62	91.2		
Soltera	Si	3	15.8	13	19.1	*1.00	
	No	16	84.2	55	80.9		
obrera	Si	4	21.1	9	13.2	*0.468	
	No	15	78.9	59	86.8		
Educación secundaria	Si	11	57.9	58	85.3	0.009	
	No	8	42.1	10	14.7		
Desnutrición	Si	0	0.0	4	5.9	*0.572	
	No	19	100.0	64	94.1		
Sobrepeso y Obesidad	Si	9	47.4	35	51.5	0.752	
	No	10	52.6	33	48.5		
Hábitos Nocivos	Si	0	0.0	7	10.3	*0.339	
	No	19	100.0	61	89.7		
FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICA							
Aborto Previo	Si	9	47.4	24	35.3	0.424	
	No	10	52.6	44	64.7		
Periodo Intergenésico Corto	Si	2	10.5	10	14.7	*1.00	
	No	17	89.5	58	85.3		
Control Prenatal Inadecuado	Si	12	63.2	43	63.2	1.00	
	No	7	36.8	25	36.8		
Antecedente de Parto	Si	1	5.3	4	5.9	*1.00	

Pretérmino	No	18	94.7	64	94.1	
Sangrado Vaginal – II Trimestre	Si	1	9.3	1	1.5	*0.391
	No	18	94.7	67	98.5	
Anomalías Uterocervicales	Si	1	5.3	0	0.0	*0.218
	No	18	94.7	68	100.0	
FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS						
Asma	Si	1	5.3	2	2.9	*0.527
	No	18	94.7	66	97.1	
Alteraciones Hematológicas	Si	1	5.3	2	2.9	*0.527
	No	18	94.7	66	97.1	
Diabetes	Si	3	15.8	6	8.8	*0.403
	No	16	84.2	62	91.2	
Anemia	Si	8	42.1	27	39.7	1.00
	No	11	57.9	41	60.3	
Trastorno Hipertensivo	Si	0	0.0	4	5.9	*0.572
	No	19	100.0	64	94.1	
Retardo del Crecimiento Intrauterino	Si	3	15.8	12	17.6	*1.00
	No	16	84.2	56	82.4	
Ruptura Prematura de Membranas	Si	5	26.3	32	47.1	0.123
	No	14	73.7	36	52.9	
Vaginosis	Si	0	0.0	1	1.5	*1.00
	No	19	100.0	67	98.5	
Infección Urinaria	Si	6	31.6	16	23.5	0.553
	No	13	68.4	52	76.5	
Bacteriuria Asintomática	Si	1	5.3	4	5.9	*1.00
	No	18	94.7	64	94.1	

En tabla 8, con relación a los factores de riesgo maternos y a la condición clínica del neonato al nacimiento de las variables analizadas, de los factores de riesgos personales, se encontraron asociadas significativamente a la condición clínica inadecuada: añosa ($p= 0,043$) y educación inferior ($p=0.009$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Fuente: Elaboración propia

V. DISCUSIÓN

En este estudio se evidenciaron 87 casos de embarazos prematuros, en relación a la característica sociodemográfica, en relación a la edad materna el 20.7% fue <19 años, siendo porcentajes algo similares a lo encontrado en el estudio Doris G. ⁽¹²⁾ en un 39% y en el estudio Zerna C. ⁽¹³⁾ en un 29%; el 12.6% de nuestras gestantes fueron mayores o igual a 35 años, muy similar al estudio de Doris G. ⁽¹²⁾ y Zerna C. ⁽¹³⁾ en un 18%. El 80.4% eran casadas y convivientes siendo superior al estudio de Doris G. ⁽¹²⁾ en un 60% y al estudio ⁽¹⁶⁾ en un 76%. Solo el 1.1% tuvo un grado de instrucción analfabeta, estos resultados difiere con los estudios realizados por Doris G. ⁽¹²⁾ en un 31%, en el estudio de Luz C. ⁽¹⁰⁾ en un 95% y en un 12% en el estudio de Katherine H. ⁽¹⁶⁾. El 80% de las madres fueron ama de casa, algo similar estudio de Luz C. ⁽¹⁰⁾ encontrándose en un 87%.

En relación a las características gineco-obstétricas de la madre el 31% fue multigesta, estos estudios coinciden con el estudio de Doris G. ⁽¹²⁾ en un 52%. El 62.1% de las madres no tuvo antecedentes de abortos siendo similar al encontrado en el estudio de Luz C. ⁽¹⁰⁾ en un 87%. El 63.2 presento un control prenatal inadecuado, encontrándose resultados muy inferiores en el estudio de Luz C. ⁽¹⁰⁾ en un 35.3%. Por último, con respecto a antecedentes de parto pretérmino en este estudio se encontró en un 5.7%., encontrando resultados superiores en el estudio de Luz C. ⁽¹⁰⁾ en un 62.1%.

En relación a las características propias del neonato prematuro se encontró que el 54% de los nacidos eran del sexo masculino, siendo muy similar al estudio de Doris G. ⁽¹²⁾ encontrándose en un 62%. Con respecto al peso al nacer el 48.3% presentó bajo peso al nacer, encontrándose resultados superiores en el estudio de Doris G. ⁽¹²⁾ en un 100% y en el estudio de Dayana C. ⁽¹¹⁾ en un 67.7%. El 8% presento anomalías congénitas similar a lo encontrado con el estudio de Doris G. ⁽¹²⁾ al 10%. El 18.4% presento dificultad

respiratoria encontrándose resultados superiores en el estudio de Zerna C.⁽¹³⁾ en un 69%.

Al analizar los factores de riesgo personales relacionados con la presencia de bajo peso al nacer, se encontró relación estadísticamente significativa con el hábito nocivo de la madre; lo cual no fue similar a lo descrito por Jessica M. ⁽¹⁷⁾, demostrando la no relación significativa de dichos indicadores. Al analizar el factor de riesgo gineco-obstétrico, como son el bajo peso al nacimiento, se encontró una relación estadísticamente significativa con el control prenatal inadecuado, este resultado fue diferente al de Jessica M. ⁽¹⁷⁾, que no se encontró relación significativa del control prenatal inadecuado y la presencia de morbilidad neonatal. Al analizar los factores de riesgo patológicos relacionados con la presencia de bajo peso al nacer, se encontró relación estadísticamente significativa con la diabetes, no coincidiendo con lo descrito en la literatura de Regla P. ⁽¹⁴⁾ que señala que la diabetes no se relaciona al bajo peso al nacer.

Al analizar el factor de riesgo personal, gineco-obstétrico y patológico relacionados al puntaje inadecuado del Apgar al minuto no se encontró relación estadísticamente significativa, el ser añosa tuvo una relación estadísticamente significativa al puntaje inadecuado del Apgar a los 5 minutos ; no coincidiendo con lo descrito en el estudio de Jessica M. ⁽¹⁷⁾ en el cual la obesidad, la paridad y la edad gestacional (20-30 semanas) tuvo una relación estadísticamente significativa con Asfixia neonatal.

Al analizar los factores de riesgos personales el ser añosa presentó una relación estadística significativa ($p=0.013$), estos resultados no coinciden con estudios realizados por Jessica M. ⁽¹⁷⁾ ya que los antecedentes maternos estudiadas no se encontraron asociación estadísticamente significativa con relación a la ocurrencia de muerte neonatal; pero si los factores de riesgos obstétricos como el control prenatal inadecuado y la edad gestacional (24-30

semanas) se encuentran relacionadas estadísticamente con la mortalidad neonatal.

Al analizar el factor de riesgo personal y gineco-obstétrico no se encontró relación estadísticamente significativas con relación con a la dificultad respiratoria. A diferencia del factor patológico la diabetes y la anemia resultaron estadísticamente significativas; no coincidiendo con lo descrito en la literatura Jessica M. ⁽¹⁷⁾, en el cual no se encontró relaciones estadísticamente significativas con ninguno de estos dos factores.

Al analizar los factores de riesgo gineco-obstétrico y patológicos no se encontró asociación estadísticamente significativa con relación a la ocurrencia de anomalías congénitas; siendo el ser añosa uno de los factores de riesgos personales que se encontró asociación estadística significativa ($p=0.040$), estos resultados no coinciden con estudios realizados por Jessica M. ⁽¹⁷⁾.

Al analizar los factores de riesgos personales el ser añosa se encontró asociación estadística significativa ($p=0.049$); estos resultados no coinciden con estudios realizados por Jessica M. ⁽¹⁷⁾ ya que las patologías maternas estudiadas se encontraron asociación estadísticamente significativas respecto a la muerte neonatal.

En relación al factor gineco-obstétricos y patológico no se encontró relaciones estadísticamente significativas con relación a la condición clínica inadecuada. Al analizar los factores de riesgos personales el ser añosa y la educación inferior se encontró una relación estadística significativa; estos resultados no coinciden con estudios realizados por Jessica M. ⁽¹⁷⁾ ya que las complicaciones que presentaron las madres no tuvieron relación con la comorbilidad del recién nacido.

VI. CONCLUSIONES

1. Dentro de los factores personales desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del neonato se encontró lo siguiente: la edad de las gestantes 66.7% entre 20 y 34 años. El 73 % era conviviente. El 80% era ama de casa. El 70% había terminado la secundaria. El 92% no presento hábitos nocivos. El 35.6% inicio el embarazo con sobrepeso.

2. Dentro de los factores Gineco-obstétricos desencadenantes de amenaza de parto pretérmino asociado al bienestar del neonato se concluye: el 53% se realizó Papanicolaou con resultado negativo en comparación con un 47% que nunca se ha realizado este examen. La edad gestacional al momento del parto fue: el 2% de 22 a 25 semanas, el 4% de 26 a 29 semanas, el 33% de 30 a 33 semanas y el 61% de 34 a 36.6 semanas. El 40% cursaban su primera gestación. En relación al aborto el 25% presento tres abortos previos, el 9% solo dos, el 58% no presento aborto previo. A mayor número de abortos el riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino en gestaciones posteriores aumenta proporcionalmente. Las gestantes con periodo intergenesico corto fueron el 14%; respecto a la cantidad de atenciones prenatales el 60% presento menos de 6 atenciones, 37% tuvo más de 6 atenciones y 3% nunca se controló el embarazo. El antecedente de parto pretérmino no presento relación estadísticamente significativa, el 94% no presento antecedente.

3. por tanto el factor de riesgo patológico que presento relación estadísticamente significativas fueron: la diabetes ($p= 0,033$) y la anemia ($p=0.044$).

4. las características neonatales asociadas al bienestar del neonato fueron: La puntuación del score de apgar de 7-10 puntos al minuto fue 86.2% y a los 5 minutos 89.7%; el 5.7% fallecieron al nacimiento. El 81.6% no

presento dificultad respiratoria. El 13.8% presento trauma obstétrico caput succedaneum. El 54% de los recién nacidos fue del sexo masculino y el 46% del sexo femenino. En relación al peso al nacer el 3.4% muy bajo peso al nacimiento, 4.6% extremadamente bajo peso al nacimiento, 40.2% bajo peso al nacimiento y el 51.7% normopeso

5. Las características maternas asociadas al bienestar del neonato fueron: los hábitos nocivos ($p= 0,012$), control prenatal inadecuado ($p=0.015$), diabetes ($p=0.031$) guardan relación con el bajo peso al nacer. El ser añosa está relacionado ($p= 0,049$) y ($p= 0,013$) respectivamente al apgar bajo a los 5 minutos y con la muerte neonatal; Las gestantes añosas presentaron relación significativa ($p= 0,040$) y ($p= 0,049$) en relación a las anomalías congénitas y el trauma obstétrico respectivamente

Los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: edad mayor de 35 años, hábitos nocivos, control prenatal inadecuado, diabetes, anemia, bajo peso al nacer que guardan relación con la dificultad respiratoria, anomalías congénitas, trauma obstétrico y la puntuación apgar.

No se encontró asociación estadísticamente significativas, para la escolaridad, estado civil, IMC, Papanicolaou, las gestas, PIN, sangrado vaginal en el II trimestre, anomalías uterocervicales, cardiopatías, alteraciones hematológicas, trastorno hipertensivo, RCIU, RPM, con el desarrollo de la patología estudiada

VII. RECOMENDACIONES

Educar a las gestantes acerca de los signos y síntomas que presenta esta patología haciendo énfasis en las que se encuentran dentro de los 20 a 34 años, mujeres amas de casa, con información adecuada y precisa, con una buena consejería en planificación familiar, con charlas sobre la nutrición en la gestación. Sobre los signos de alarma.

Aconsejar a las pacientes acerca de la importancia del Papanicolaou. Captar a las gestantes con riesgo y realizar seguimientos a través del radar de gestantes, de las sesiones de psicoprofilaxis, visita domiciliaria. Aconsejar sobre la importancia de planificar, decidir cuándo y cuantos hijos tener. Como obstetras lograr tener pacientes reenfocadas, que asistan a sus atenciones prenatales que, sesión de psicoprofilaxis, que regresen a la semana del post parto.

A las gestantes los factores patológicos preexistentes brindarle el manejo adecuado y referirlas a un centro con mayor capacidad resolutive. Educar y sensibilización, inmunizar, prevenir infecciones.

Durante el proceso del parto tener las medidas de seguridad, usar un partograma y prevenir infecciones. En el neonato secar estimular y abrigar al recién nacido, brindarle el apego inmediato con una lactancia materna temprana y exclusiva.

La educación es de todo el personal de salud, debemos trabajar en equipo para mejorar la salud materna y neonatal para así disminuir los indicadores de mortalidad y morbilidad.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Nacimientos prematuros. Organización Mundial de la Salud. 2018.
2. Kinney, M.V, Howson, C.P, y Mc Dougall. Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, Organización Mundial de la Salud. 2012.
3. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller A-B, y Watananirun K. The global epidemiology of preterm birth, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2018.
4. Análisis de la situación de los servicios hospitalarios del INMPN-2016.
5. Huaroto K, Paucca M, Alvarez M, Meza J. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un Hospital público de Ica, Revista médica panacea. 2013; Vol. 3 Núm. 2
6. Minsa Perú. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. Gobierno del Perú Oficina General de Estadística e Informática. 2016.
7. MINSA Perú. Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 2017
8. Minsa. Sala Situacional del Instituto Nacional Materno Perinatal. Mortalidad perinatal. 2017.
9. INEI. Perú. Indicadores de resultados de los programas presupuestales, primer semestre 2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2017.
10. Calero Godínez, Luz Evelia y Hernández Flores, Glen Moisés. Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en mujeres atendidas

en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas en el periodo comprendido desde Julio-Diciembre 2014. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.2014.

- 11.Couto Núñez Dayana y Nápoles Méndez. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba, Cuba. MEDISAN 2014;18(6):841
- 12.Guillén Mayorga L, Rodríguez Edith, Ortiz Jorge Alberto, Rivera Wendy Isela, Hernández Duarte Norma. Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira. Rev Med Hondur, Vol. 80, No. 4, 2012
- 13.Zerna-Bravo C, Fonseca-Tumbaco R, Viteri-Rojas AM, Zerna-Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. 2018; 11(26):134-42.
- 14.Padrón Beltrán Regla, Garcés Rodríguez Roberto Antonio. Factores relacionados con el bajo peso al nacer en el municipio La Lisa, en el período 2010-2014. Rev haban cienc méd 15(2): 177-185. 2016
- 15.Torres Alarcón Derly Rocío. Factores de riesgo asociados a score de apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital de Ventanilla de julio-diciembre. 2016
- 16.Hinostroza Bocanegra, Katherine Alessandra. Factores clínicos asociados a amenaza de parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco – obstetricia, desde enero a diciembre del 2015, en el Hospital de Vitarte. 2015.

17. Jessica Meza Martínez. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Rev Per Obst Enf. Año 2007 3(2).
18. Espinoza Reyes Mariella Y Peña Carrillo Jimmy. Factores relacionados con la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Saul Garrido Rosillo II-1 Tumbes. 2016..
19. Escobar Lupaca Dania y Mamani Montesinos Yakeline. Factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2015.
20. Blencowe H, et al.: Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. Reproductive Health 2013.
21. Quirós González G, Alfaro Piedra R, Bolivar Porras M, Solano Tenorio N. Amenaza parto pretérmino. Rev CI EMed UCR. Año 2016 Vol 1 No I
22. Protocolo de medicina fetal y perinatal, amenaza de parto pretérmino, universidad de Barcelona, 2016.
23. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield, et al. Willams Obstetricia. 24th ed. México D.F. McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. 2016.
24. Motta Jiménez y cols. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Perú. Primera edición 1 – 18. 2017

25. Ayala Peralta Félix Dasio y cols. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal 2018.
26. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía De Práctica Clínica GPC prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Instituto Mexicano del Seguro Social, México 2017: IMSS-063-08.
27. Ortiz Rodríguez Karen Vanessa. Amenaza de parto pretérmino, factores de riesgo en pacientes de 28 a 36 semanas de gestación en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el año 2014-2015. Ecuador. 2015
28. González Arias F. Manejo de parto pretérmino. Sociedad de obstetricia y ginecología de Venezuela. Caracas. 2013.
29. Rodríguez Zarauz. Rafael, amenaza de parto pretérmino. Hospital “La Inmaculada” & Distrito A. P. “Levante Alto Almanzora”. Obstetricia y ginecología. Enero 2013.
30. Minsa. Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido. Ministerio de Salud; 2007. 146 p
31. Jeannette Avila Vargas-Machuca, Mario Tavera Salazar y Marco Carrasco Gamarra. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011–2012. Minsa. Dirección General de Epidemiología, 2013. 188 p.
32. Zavala Bazán, Yanira Rosa Damaris. Prevalencia de bajo peso al nacer en neonatos del Hospital Ventanilla, Callao nacidos en periodo de enero-diciembre del 2015. 2017.

33. Alamo, A., & Pool, J. Anemia materna como factor de riesgo para Apgar bajo al nacer en pacientes Hospital Eleazar Guzmán Barrón. 2018
34. OMS. Anomalías congénitas. Organización Mundial de la Salud. 2016.
35. Gusqui, Guamán y Marcia Judith. Trauma Obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013. BS thesis. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia, 2013.
36. López-Barajas Zayas, Emilio. Las historias de vida y la investigación biográfica: Fundamentos y metodología, N° 1, 1997, pág. 32
37. Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P.. Metodología de la Investigación. (6a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana. 2014.

IV. ANEXOS

1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
2. INSTRUMENTO

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Categoría	Tipo	Escala	Indicador	Instrumento
Factores Maternos	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, algún tipo de exposición a una característica por parte de la madre para presentar la enfermedad o lesión.	Factores Personales	Edad	Cualitativa	Nominal	Adolescente (11–19 Años)	ficha de recolección de información
						Adulta (20–34 Años)	
						Añosa (>35 Años)	
			Estado Civil	Cualitativa	Nominal	Soltera	ficha de recolección de información
						Casada	
						Conviviente	
						Otros	
			Ocupación	Cualitativa	Nominal	Ama de Casa	ficha de recolección de información
						Estudiante	
						Empleado	
						Otros	
			Nivel de Instrucción	Cualitativa	Nominal	Analfabeto	ficha de recolección de información
						Primaria	
						Secundaria	
						Técnica	
			Hábitos Nocivos	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			Índice de masa corporal	Cuantitativa	Razón	< 18,4 Desnutrición	ficha de recolección de información
						18,5 - < 25,0 Normal	
						25,0 - < 30,0 Sobrepeso	
						30,0--<35,0 Obesidad Grado I	
						35,0-<40,0 Obesidad Grado II	
						> 40,0 Obesidad Mórbida	
			Edad Gestacional	Cuantitativa	Razón	22-25 Semanas	ficha de recolección de información
						26-29 Semanas	
						30–33 Semanas	
						34–36 Semanas	
			Papanicolao	Cualitativa	Nominal	No se hizo	ficha de

		Factores Gineco-Obstétricos	u			Positivo	recolección de información
						Negativo	
			Gestas	Cuantitativa	Razón	Primigesta	ficha de recolección de información
						Segundigesta	
						Multigesta	
						Gran Multigesta	
			Antecedente de aborto	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			Número de abortos	Cuantitativa	Razón	Ninguno	ficha de recolección de información
						Solo 1	
						Solo	
						Mayor o igual a 3	
			Periodo Intergenesico	Cuantitativa	Razón	Ninguno	ficha de recolección de información
						Corto <18 meses	
						Adecuado de 18 – 59 meses	
						Largo > 59 meses	
			Control Prenatal	Cuantitativa	Razón	Ninguno	ficha de recolección de información
						Controlada >6	
						Mal Controlada < 6	
			Antecedente de parto pretérmino	Cuantitativa	Razón	Ninguno	ficha de recolección de información
						Solo 1	
						Solo 2	
						Mayor o igual a 3	
			Sangrado vaginal en II trimestre	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			Anomalías uterocervicales	Cualitativa	Nominal	Incompetencia Cervical	ficha de recolección de información
						Malformaciones Uterinas	
						Miomatosis Uterina	
			Cardiopatías	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de

		Factores Patológicos				No	recolección de información
			Asma	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			Alteraciones Hematológicas	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			Diabetes	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			Anemia	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			Trastorno Hipertensivo	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			Retardo del crecimiento intrauterino	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			RPM	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			Bacteriuria Asintomática	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
Bienestar Neonatal	Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de la	Factores Fetales	Peso al Nacer	Cuantitativa	Razón	Normopeso	ficha de recolección de información
						Bajo peso al nacer	
						Muy bajo peso al nacer	
						Peso extremadamente bajo al nacer	
			Puntaje Apgar al minuto	Cuantitativa	Razón	De 0 – 3 Asfixia	ficha de recolección de información
						De 4 – 6 Depresión	
						De 7 – 10 Normal	

	actividad somática y psíquica		Puntaje Apgar a los 5 minutos	Cuantitativa	Razón	De 0 – 3 Asfixia	ficha de recolección de información
						De 4 – 6 Depresión	
						De 7 – 10 Normal	
			Muerte Neonatal	Cualitativa	Nominal	Si	ficha de recolección de información
						No	
			Dificultad Respiratoria	Cualitativa	Nominal	No	ficha de recolección de información
						Polipnea	
						Tiraje intercostal	
						Aleteo nasal	
						Quejido	
						Cianosis	
			Anomalías Congénitas	Cualitativa	Nominal	No	ficha de recolección de información
						Piel	
						Locomotor	
						SNC	
						Cardio Respiratorio	
						Anorrectal	
						Otros	
			Trauma Obstétrico	Cualitativa	Nominal	No	ficha de recolección de información
						Capul	
						Cefalohematoma	
						Parálisis	
						Fractura	
						Otros	
			Condición Clínica	Cualitativa	Nominal	Buena	ficha de recolección de información
						Regular	
						Critica	
			Sexo del Recién Nacido	Cualitativa	Nominal	Femenino	ficha de recolección de información
Masculino							

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: “FACTORES MATERNOS DESENCADENANTES DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO AL BIENESTAR DEL NEONATO HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2019”

FECHA:

HCL N°:

N°:

I. Características personales:

1. Edad materna

- | | | |
|--------------------------|---------------------|----------------|
| 1) Adolescente (11 – 19) | 2) Adulta (20 – 34) | 3) Añosa (>35) |
|--------------------------|---------------------|----------------|

2. Estado civil:

- | | | |
|------------|-----------|----------------|
| 1) Soltera | 2) Casada | 3) Conviviente |
| 4) otros | | |

3. Ocupación:

- | | | |
|----------------|---------------|-------------|
| 1) Ama de casa | 2) Estudiante | 3) Empleado |
| 4) otros | | |

4. Nivel educativo:

- | | | |
|---------------|------------------|---------------|
| 1) Analfabeto | 2) Primaria | 3) Secundaria |
| 4) Técnica | 5) universitario | |

5. Hábitos nocivos

- | | |
|-------|-------|
| 1) SI | 2) no |
|-------|-------|

6. Índice de masa corporal

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1) < de 18.4 desnutrición | 2) 18,5 - < 25,0 normal |
| 3) 25,0 - < 30,0 sobrepeso | 4) 30,0 - < 35,0 obesidad grado I |
| 5) 35,0 - < 40,0 obesidad grado II | 6) > de 40,0 obesidad mórbida |

II. Características Gineco-obstetricas

1. Edad gestacional

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1) 22- 25 semanas | 2) 26 – 29 semanas |
| 3) 30 – 33 semanas | 4) 34 – 36.6 semanas |

2. Papanicolaou

- | | | |
|---------------|-------------|-------------|
| 1) No se hizo | 2) Positivo | 3) negativo |
|---------------|-------------|-------------|

3. Gestas:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1) Primigesta | 2) Segundigesta |
| 3) Multigesta | 4) Gran multigesta |

4. Antecedente de Aborto
 - 1) SI
 - 2) no
5. Número de abortos :
 - 1) Ninguno
 - 2) solo 1
 - 3) solo 2
 - 4) Mayor o igual a 3 abortos
6. Periodo intergenesico
 - 1) Ninguno
 - 2) Corto (Menos de 18 meses)
 - 3) Adecuado (Entre 18 – 59 meses)
 - 4) Largo (Mayor a 59 meses)
7. control prenatal:
 - 1) Ninguno
 - 2) Controlada >6
 - 3) Mal Controlada < 6
8. antecedente de parto pretérmino
 - 1) ninguno
 - 2) solo 1
 - 3) solo 2
 - 4) mayor o igual a 3
9. Sangrado vaginal en el segundo trimestre
 - 1) Si
 - 2) no
10. Anomalías uterocervicales
 - 1) Incompetencia cervical
 - 2) malformaciones uterinas
 - 3) Miomatosis uterina

III. característica patológicas

1. Cardiopatías
 - 1) SI
 - 2) no
2. Asma
 - 1) SI
 - 2) no
3. Alteraciones hematológicas
 - 1) SI
 - 2) no
4. diabetes
 - 1) SI
 - 2) no
5. anemia
 - 1) SI
 - 2) no
6. Trastorno hipertensivo
 - 1) SI
 - 2) no
7. Retardo del crecimiento intrauterino
 - 1) SI
 - 2) no

1) SI 2) no

1) SI 2) no